BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

DE CHIRURGIE

DE PARIS

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU PENDANT L'ANNÉE 1868

Président.	MM. LEGOUEST.
Vice-Président.	VERNEUIL.
Secrétaire général.	U. TRÉLAT.
Secrétaire annuel	LÉON LABBÉ.
Vice-Secrétaire	LÉON LEFORT.
Archiviste.	LIÉGEOIS.
Trésorier.	HOUEL.

PARIS.— IMP. L. POUPART-DAVYL, RUE DU BA , 30.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1868

2e SÉRIE

TOME NEUVIÈME

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1869

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

DE CHIRURGIE

DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1868

Présidence de M. LEGOUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine et du mois.

— Des lettres de remerciement de MM. de Graefe (de Berlin), Pemberton (de Birmingham), Mazzoni (de Rome), et Sarrazin (de Strasbourg).

— Une lettre de M. Cullerier, membre titulaire, qui demande à être nommé honoraire.

— Une série de douze brochures, sur différents sujets de chirurgie, adressées par M. Mazzoni, correspondant étranger.

— M. Billroth, correspondant étranger, adresse à la Société un exemplaire de la traduction française de son livre : *Éléments de pathologie chirurgicale générale.*

INSTALLATION DU BUREAU.

M. LEGOUEST monte au fauteuil de la présidence, et invite M. Trélat, secrétaire général, et M. Léon Labbé, secrétaire annuel, à prendre leur place au bureau.

DISCUSSION.

Luxations de l'astragale (suite).

M. Chassaignac. A l'occasion de la communication faite par M. A. Guérin dans l'avant-dernière séance, il a été question d'un cas de luxation que j'avais observé et auquel j'ai donné le nom de *luxation sous-scaphoïdienne de l'astragale.*

Le blessé avait fait une chute d'un cinquième étage. L'astragale du côté gauche fut écrasé; celui du pied droit avait rompu le ligament qui unit le calcanéum au scaphoïde et était venu faire saillie à la plante du pied, puis, le scaphoïde entraînant avec lui le premier cunéiforme et le premier métatarsien, s'était placé sur la tête de l'astragale.

Il n'existait aucune déviation du pied, ce qui s'expliquait par l'existence des déplacements suivants : le troisième cunéiforme était venu se loger au-dessous de l'astragale, et les deux métatarsiens et une partie du cuboïde fracturé avaient été repoussés en arrière et en bas.

M. Lefort. Je pense que l'appellation de luxation sous-scaphoïdienne de l'astragale, donnée par M. Chassaignac au déplacement dont il vient de nous entretenir, n'est pas justifiée. Si l'on s'en tient à l'usage généralement adopté, de considérer comme l'os luxé celui qui est le plus éloigné du tronc, on doit plutôt désigner cette lésion sous le nom de *luxation du scaphoïde et des trois derniers métatarsiens sur l'astragale.* Cette manière de voir me paraît d'autant plus fondée que l'astragale a, dans ce cas, conservé ses rapports avec la mortaise tibio-péronière.

M. Chassaignac. La règle générale dans la classification des luxations est en effet de tenir pour luxée la partie la plus éloignée du corps, mais j'estime que, dans ce cas particulier, il doit y avoir dérogation à cette règle. On dépeint mieux le fait, en disant que l'astragale est luxé; et d'ailleurs cet os a subi un véritable déplacement par rapport à la mortaise tibio-péronière, ainsi qu'on peut le constater sur la pièce que je mets sous vos yeux.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Marjolin présente un enfant qui offre un cas intéressant d'amputation spontanée de la jambe gauche à l'union du tiers supérieur avec le tiers inférieur.

COMMUNICATION.

De la distinction des diverses sensations tactiles à l'aide d'un æsthésiomètre nouveau.

M. Liégeois. Le sujet dont je me propose d'entretenir la Société est plutôt un sujet de physiologie que de chirurgie, toutefois j'espère qu'il s'y attache un intérêt pratique, et c'est à ce titre surtout que je désire appeler sur lui l'attention. Pendant longtemps on a pensé que les diverses sensations consécutives aux impressions sur la peau se reliaient à une seule et même manière de sentir, laquelle pouvait être modifiée par la nature ou le mode d'application de l'agent impressionnable. Darwin le premier, en 1810, isola la sensation de température des autres, se reposant sur l'observation qu'il avait faite d'un malade qui ne pouvait plus percevoir les impressions chaudes ou froides, tandis que les impressions de contact, de douleur, étaient appréciées exactement. En 1838, Beau fit une distinction entre la sensation de douleur et celle de contact. Il avait été frappé de voir chez certains sujets l'insensibilité complète à la douleur, tandis que la sensibilité de contact persistait. Mais Beau, n'ayant jamais constaté l'état inverse, c'est-à-dire la disparition de la sensibilité de contact avec la conservation de la sensibilité douloureuse, Beau ne regarda ces deux sensibilités que comme deux degrés différents d'une même sensibilité. En 1850, Landry publia dans les *Archives de médecine* un travail, dans lequel il chercha à établir que les sensations de contact, de douleur, de température, sont nettement distinctes les unes des autres. Les observations cliniques qui lui ont suggéré cette opinion sont rangées dans son travail en cinq catégories. Dans la première, les sensations de contact sont altérées, tandis que les sensations doulonreuses n'ont subi aucune modification dans les mêmes points ; dans la seconde, les sensations de douleur sont altérées, celles de contact restant normales ; dans la troisième, les sensations tactiles et les sensations douloureuses sont altérées en même temps et dans les mêmes points d'une manière différente ; dans la quatrième, les sensation de température ont été conservées intégralement quels qu'aient été le mode et le degré d'altération des sensations de contact et de douleur ; dans la cinquième, les sensations de température ont été perdues, les autres sensations étant conservées. — Dans son ouvrage sur les paralysies, publié en 1859, Landry fait un pas de plus et admet que ces trois sensations sont desservies par des filets nerveux différents, et par conséquent ont un siége distinct dans les centres

nerveux. Cette opinion a été corroborée depuis par les travaux de MM. Schiff et Brown-Sequart, qui ont démontré, chez les animaux, que certaines lésions pratiquées sur la moelle pouvaient faire disparaître une ou deux de ces sensations à l'exclusion de l'autre ou des deux autres.

Mais jusqu'ici aucune expérience, ayant pour but d'établir cette distinction entre les diverses sensations tactiles, n'a été faite en agissant directement sur la peau et chez des sujets sains, c'est-à-dire placés dans des conditions physiologiques. Il m'a semblé que le moyen découvert par Weber pour connaître les différences d'intensité de la sensibilité au contact dans diverses régions du corps, pouvait être employé dans ce genre de recherches. Ce moyen consiste, comme chacun le sait, à chercher avec un compas l'écartement qu'il faut donner à ces deux pointes appliquées sur la peau pour obtenir deux impressions distinctes; il a reconnu ainsi que l'écartement devait être d'autant moindre que la sensibilité au contact était plus développée; ainsi l'écartement devait être moins considérable à la pointe de la langue qu'à la pulpe des doigts, à la pulpe des doigts qu'à la paume de la main, à la paume de la main qu'à l'avant bras, à l'avant-bras qu'à l'abdomen, à l'abdomen que dans le dos, etc.

L'instrument que j'ai fait faire à M. Mathieu est le suivant : Il se compose de deux prismes triangulaires en métal, creux, dont deux côtés se réunissent à angles droits ; la hauteur de ces prismes est de 20 centimètres environ. Leur base présente une ouverture qui peut être fermée par un couvercle glissant horizontalement autour d'un pivot placé près des bords. Cette ouverture est suffisamment grande pour qu'on puisse facilement y faire passer de l'eau, de la glace pilée et au besoin l'extrémité renflée d'un petit thermomètre. Chacun de ces prismes porte perpendiculairement à un de ses côtés une tige métallique longue de 90 centimètres. L'une est pleine et graduée en centimètres et en millimètres, l'autre est creuse : la seconde est destinée à recevoir la première, de telle sorte que l'on peut ainsi rapprocher et écarter à volonté les deux prismes l'un de l'autre et lire sur la tige graduée leur degré d'écartement. Enfin les deux prismes sont traversés de la base au sommet par un conduit creusé dans l'épaisseur de la paroi, et qui permet d'introduire dans son intérieur une épingle de forme ordinaire, mais calibrée sur ce conduit et plus longue que lui. L'épingle peut être tournée vers le sommet de l'instrument par sa pointe et par sa tête.

Si, avec cet æsthésiomètre on cherche à connaître le degré d'écartement nécessaire pour obtenir une double impression, en présentant

successivement à une partie donnée de la peau les deux pointes de l'épingle, les deux têtes ou les sommets des prismes débarrassés des épingles et contenant de l'eau chaude, on constate que cet écartement doit varier dans chacun de ces cas, et qu'en règle générale, pour arriver à obtenir une double sensation, il faut un écartement plus considérable quand on expérimente avec les deux têtes de l'épingle que quand on expérimente avec les deux pointes; plus considérable quand on expérimente avec les sommets des prismes dont la température a été élevée par l'eau contenue dans leur intérieur que dans les deux autres cas.

Mes expériences ont porté sur toutes les parties de la surface cutanée, mais plus spécialement sur la peau de l'avant-bras et de la main; je ne parlerai que de ces dernières. J'ai d'abord cherché à déterminer les limites de ce que j'appellerai les zônes de sensibilité : les espaces dont la limite correspond à l'écartement qu'il faut donner à l'instrument pour obtenir une sensation unique, par rapport à un point central. Je n'emploie, du reste, cette expression que pour la facilité du langage, ne rattachant à elle aucune idée de distribution nerveuse.

A la face antérieure de la partie supérieure de l'avant-bras, j'ai fait partir d'un point vingt rayons également distants les uns des autres, et j'ai cherché pour chaque rayon le degré d'écartement nécessaire pour avoir deux impressions : d'abord au contact, puis à la douleur, ensuite à la température; j'ai par conséquent dû faire soixante expériences sur ces vingt rayons. Puis, rapportant sur le papier les distances correspondantes aux divers écartements, sur vingt rayons équidistants et tirés d'un même centre, j'ai joint par une ligne droite chaque point appartenant à une même sensibilité. J'ai obtenu ainsi les limites de mes trois zônes. Il est facile de voir sur la figure que je présente à la Société que ces trois zônes, dont les les bords sont indiqués par des traits de teintes différentes, ne sont pas régulièrement placées l'une par rapport à l'autre; la zone de sensibilité à la température est la plus extérieure, mais elle est traversée en deux points par la zône de la sensibilité au contact, en deux points par la zône de la sensibilité à la douleur. La zône de la sensibilité au contact est intermédiaire aux deux autres; elle est traversée en quatre points par la zône de la sensibilité douloureuse; enfin cette dernière est la plus centrale : elle traverse et est traversée par les deux autres en plusieurs endroits. Dans mes expériences sur le reste de l'avant-bras, sur le poignet, la main et les doigts, pour chaque point que j'ai étudié, je n'ai tiré que quatre rayons, deux parallèles à l'un des membres et deux perpendiculaires, et j'ai circonscrit mes

zônes en joignant les points qui correspondaient à chaque sensibilité spéciale par des lignes courbes. Le dessin que je présente montre d'une façon très-nette : 1° Que les trois zônes se rapetissent au fur et à mesure que l'on arrive vers l'extrémité des doigts ; 2° qu'elles sont plus étendues sur la face postérieure du poignet que sur la face antérieure; sur la face dorsale de la main que sur la face palmaire; sur les parties latérales de la paume de la main que dans la partie centrale ; 3° enfin, que ces zônes tendent à empiéter les unes sur les autres d'autant plus qu'on se rapproche de la pulpe des doigts, aussi la zône de sensibilité à la température, qui est périphérique au poignet, à l'avant-bras et à la partie supérieure de la main, devient cen- à la face antérieure de tous les doigts.

Je ne puis maintenant passer sous silence les difficultés inhérentes à l'application de ce procédé. Pour mesurer le degré de sensibilité à la douleur et au contact, il n'existe pas, à proprement parler, de difficulté. Sur plus de cinquante individus sur lesquels j'ai expérimenté, je n'en ai trouvé qu'un seul chez lequel il me fut impossible de circonscrire ces zônes de sensibilité ; ce sujet ne pouvait discerner exactement l'instant où la sensation devenait double. Tous les autres m'ont indiqué nettement, non pas toujours du premier coup, mais toujours après quelques essais, l'intensité qui correspondait à la duplicité des impressions, et chez tous l'écartement était variable pour la sensibilité de contact et la sensibilité douloureuse; dans l'immense majorité des cas, l'écartement était plus considérable pour la première que pour la seconde. Il est bon cependant, quand l'expérience est faite sur d'autres personnes que sur soi-même, d'écarter d'abord les deux prismes d'une façon notable, de manière à ce que le sujet perçoive bien nettement deux impressions distinctes. Il est alors plus à même de constater la limite de l'impression.

Mais les recherches sur la sensation de température présentent plus de difficultés. Nous savons, en effet, que nous ne jugeons la température des corps extérieurs que par rapport à la nôtre; un corps ne nous paraît chaud ou froid que parce que sa température est plus basse ou plus élevée par rapport à celle de notre peau. Or, pour mesurer, avec l'instrument dont nous nous servons, le développement de la sensibilité à la température, il est nécessaire que l'instrument soit chauffé à un degré qui produit la brûlure, ou très voisin de celui-ci; même alors, l'instrument se refroidit vite et ne fournit plus que la notion de contact, de telle sorte que l'on est forcé de réchauffer l'eau contenue dans les prismes une série de fois pour obtenir un résultat positif. Pour gagner du temps, il nous a paru plus simple

de présenter à une lampe l'extrémité des prismes avant de les appliquer sur la peau; mais alors, les brûlures sont plus difficiles à éviter que précédemment, vu qu'on ne peut calculer ici la quantité de calorique que l'on communique à l'instrument. C'est là un inconvénient qui, toutefois, affecte l'expérimentateur, mais non le procédé.

Il ressort, en effet, des nombreuses tentatives de ce genre que j'ai faites, que le degré d'écartement nécessaire pour avoir une double impression est le même, que l'instrument soit chauffé au point de procurer une sensation pénible de brûlure, ou qu'il soit chauffé de manière à procurer une simple sensation de température. C'est là une observation importante, car elle me paraît prouver que la sensation de brûlure, quoique affectant désagréablement l'économie, comme la sensation douloureuse, se rattache réellement à la sensation de température, et est, en quelque sorte, une modalité de celle-ci.

Un procédé plus simple et plus innocent consiste à remplir les prismes de glace ou d'un mélange réfrigérant avant de les appliquer sur la peau; comme le froid et le chaud sont pour l'organisme un seul et même excitant, le résultat est le même, que l'on se serve de l'un ou de l'autre agent.

Ces expériences me paraissent corroborer les idées des auteurs qui admettent des sensations tactiles esssentiellement différentes les unes des autres, et desservies par des cellules nerveuses, distinctes, au point de vue du rôle qu'elles ont à remplir dans les élaborations sensorielles. Si, en effet, les impressions de contact, de douleur, de température étaient perçues par les mêmes cellules, on ne comprendrait pas qu'il faille donner à l'æsthésiomètre des écartements toujours variables, pour avoir double sensation de chacune de ces impressions.

Arrivons aux applications que l'on peut faire de ces recherches à la chirurgie et à la médecine. Très-souvent le chirurgien se trouve en demeure de constater la diminution de la sensibilité cutanée chez des sujets dont une partie du système nerveux central ou périphérique a été atteinte par le traumatisme. Habituellement on se contente de pincer la région paralysée, pour s'assurer de l'état de la sensibilité, ou de passer un corps mousse à sa surface, ou de brûler. Mais il est bien évident que les renseignements que donnent les malades sur l'intensité des sensations qu'ils éprouvent lors de cette exploration ne peuvent être pour le chirurgien que fort imparfaits, et d'une bien moindre valeur que ceux que fournirait un instrument gradué, du genre de celui que je présente ici. Par ce moyen, les mots : « Je sens peu, beaucoup, assez, moins que du côté opposé, » seront avantageuse-

ment remplacés par des chiffres, qui pourront être comparés entre eux à des époques différentes et qui pourront renseigner sur le retour ou la disparition graduelle des diverses sensibilités. Je n'ai eu l'occasion de faire une exploration de ce genre qu'une seule fois, chez une malade de M. Richet qui, dans ces derniers temps, a fait tant de bruit, et cela à juste raison. Cette malade avait eu le nerf radial complétement coupé à la partie inférieure de l'avant-bras, et malgré cette lésion la sensibilité persista, mais à un moindre degré; dans les parties innervées par les branches terminales de ce tronc; la peau qui correspond à la pulpe de l'index seule était complétement insensible.

Je vis cette malade un mois environ après l'accident, et je constatai, à l'aide de mon æsthésiomètre, qu'à la face externe de l'annulaire, pour avoir une double impression, il fallait écarter les deux prismes d'une façon sensiblement la même qu'à la face externe de l'annulaire, du côté opposé, c'est-à-dire du côté sain. Pour le médius, il fallait, au contraire, un écartement qui mesurait toute l'étendue transversale du doigt, pour obtenir une sensation double à la douleur: elle restait unique au contact, et à la température, avec cet écartement. A la racine de l'index, la sensation double ne pouvait être obtenue ni en mettant en jeu la sensibilité douloureuse, ni la sensibilité de contact, ni celle de température. Au niveau de la dernière phalange de ce dernier doigt, la malade ne percevait qu'une seule impression dans tous les cas et ne pouvait la rapporter au lieu où elle était faite. Enfin à l'éminence thénar il fallait un écartement plus considérable, un centimètre environ, par rapport au côté opposé, pour avoir l'impression double au contact, à la douleur, à la température. Cette exploration semble donc démontrer que, chez cette femme, les diverses sensibilités étaient d'autant plus diminuées qu'on s'éloignait de la face externe de l'annulaire en allant vers l'index, c'est-à-dire qu'on s'éloignait des branches terminales du nerf cubital. Il est donc probable que la persistance de la sensibilité dans les parties qui reçoivent les rameaux périphériques du nerf médian, malgré la section de nerf, tenait à des anastomoses de celui-ci avec le cubital.

J'ai revu la malade de M. Richet, trois semaines environ après la première exploration, et j'ai pu constater que les zônes de sensibilité avaient réapparu, excepté à l'extrémité de l'index; elles présentaient toutefois une étendue plus considérable qu'à l'état normal.

Mes recherches sur des malades atteints d'affections organiques des centres nerveux, ou de paralysies hystériques, sont jusqu'ici trop incomplètes et m'ont fourni des résultats trop incertains, dans bon

nombre de cas, pour pouvoir y insister longuement. L'obstacle que j'ai surtout rencontré résulte de la difficulté pour ces sujets de discerner la duplicité des impressions. Toutefois il ressort, comme fait général, de ces dernières expériences, qu'il faut souvent, sur ces sortes de malades, un écartement énorme pour produire des sensations doubles, soit de contact, soit de douleur, soit de température, et que, dans un certain nombre de cas, tandis que l'écartement doit être considérable pour produire la duplicité d'une de ces sensations, il doit être restreint pour obtenir la duplicité des deux autres, ou d'une seule de celles-ci.

M. Verneuil, à l'occasion de cette lecture, demande que la question relative à la conservation et au retour de la sensibilité dans certaines parties soit mise à l'ordre du jour. Les cas assez fréquents dans lesquels les chirurgiens enlèvent, avec la moitié du maxillaire inférieur, le nerf dentaire, ou le nerf sous-orbitaire, avec la partie antérieure du sinus maxillaire, et à la suite desquels on voit la sensibilité reparaître dans des points où ces nerfs allaient se distribuer, pourront servir à élucider quelques-unes des questions soulevées par la communication de M. Liégeois.

COMMUNICATION ET PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Observation d'une masse polypeuse développée dans la vessie d'une petite fille de 22 mois. — Enlèvement de cette tumeur. — Mort sept jours après l'opération.

M. Guersant. Notre honorable confrère M. le docteur Perrochaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, exerçant aujourd'hui à Boulogne-sur-Mer, nous a adressé en décembre 1867 une petite fille de 22 mois, chez laquelle il avait diagnostiqué une tumeur charnue développée dans la vessie. Cette enfant, ayant l'extérieur d'une bonne santé, ne fut pas présentée à notre confrère dans les premiers mois de sa vie; cependant sa mère remarquait qu'elle faisait souvent des efforts pour uriner et qu'elle restait longtemps sur le vase; comme elle ne souffrait pas, on y fit d'abord peu attention. Elle eut une diarrhée qui augmentait les efforts; on diminua cette diarrhée par le sous-nitrate de bismuth. Plus tard, vers les premiers jours de novembre, la diarrhée n'augmentait pas, mais on remarqua que l'enfant avait de fréquentes envies d'uriner et que la sortie des urines était douloureuse.

L'examen des parties génitales externes ne présentant rien d'anormal, M. Perrochaud ne mit pas d'abord en question de sonder l'enfant

de suite, d'autant plus qu'il y avait quelquefois des améliorations qui firent différer le cathétérisme.

Enfin, ce ne fut que peu de jours avant le départ pour Paris que notre confrère se décida, vers le milieu de décembre, à sonder l'enfant. D'abord il fit l'examen seul, puis avec un de ses confrères, M. le docteur Duhamel; ils ont constaté l'un et l'autre qu'en introduisant une sonde d'argent, l'instrument donnait la sensation d'un corps dur et résistant, mais que cette sensation n'était pas franche et pouvait bien être attribuée à la présence d'une production charnue; ils virent tous deux apparaître au méat urinaire une petite tumeur rougeâtre de la grosseur d'une aveline.

Depuis, le docteur Perrochaud a constaté plusieurs fois que cette tumeur apparaissait lorsque l'enfant faisait des efforts pour uriner, qu'elle rentrait quand les efforts cessaient. La tumeur, touchée avec le bout de la sonde, donnait à notre confrère une sensation analogue à celle qu'il avait éprouvée dans la vessie; en examinant le bas-fond de la cavité à l'aide du doigt introduit dans le rectum, ce bas-fond lui parut plus épais que dans l'état normal; alors il n'hésita pas à diagnostiquer une tumeur charnue de la vessie, et reconnaissant, dans ce cas rare, de l'analogie avec une pièce présentée il y a quelques années à la Société de chirurgie, il se décida à nous adresser cette petite fille.

A son arrivée, le 19 décembre 1867, elle était dans l'état suivant :

L'enfant, surtout depuis les cathétérismes pratiqués dans les jours précédents, faisait à chaque instant des efforts pour uriner, comme les calculeux. Nous la sondâmes et nous reconnûmes, à l'aide d'une sonde d'argent, l'absence de calcul; mais, au côté droit du col de la vessie, en voulant faire tourner la sonde, elle fut arrêtée; la vessie était large, et en retirant la sonde il sortit, après cet examen, de l'urine sanguinolente. Nous ne constatâmes pas, à l'aide du doigt dans le rectum, l'épaisseur du bas-fond de la vessie observée par M. Perrochaud; enfin, nous vîmes, la sonde étant retirée, que l'enfant, en faisant des efforts, chassait vers le méat urinaire une tumeur charnue.

Nous conseillâmes des bains dans une infusion de fleurs de tilleul et des onctions sur le bas-ventre avec une pommade belladonée, des boissons adoucissantes, du lait, du bouillon et même du vin.

Le 20 décembre, mêmes efforts fréquents et douloureux; les urines étaient légèrement sanguinolentes et coulaient involontairement. Reconnaissant toute la gravité de ce cas et la nécessité d'intervenir chirurgicalement, nous voulûmes avoir l'avis d'un confrère.

Le lendemain, 21 décembre, nous voyons la malade avec M. Demarquay et nous constatons ensemble les efforts fréquents faits par

l'enfant et la saillie d'un corps charnu à l'ouverture de l'urèthre à chaque effort; ce n'était pas un petit bourrelet de la muqueuse avec un orifice au centre, c'était une petite tumeur ferme, arrondie, rosée ; donc il n'y avait pas chute de l'urèthre. L'enfant étant très-souffrante, très-fatiguée depuis les cathétérismes, nous ajournâmes une nouvelle exploration avec la sonde d'argent. On continua les bains, les onctions sur le bas-ventre et de plus l'introduction de suppositoires belladonés dans le rectum, répétée trois fois dans les deux heures (un centigramme d'extrait de belladone par suppositoire).

Le 22 et le 23 décembre, l'état est le même ; l'enfant a de la fièvre, de l'agitation; les efforts d'expulsion sont plus violents et plus fréquents, rapprochés de cinq en cinq minutes; la mère, qui ne quitte pas son enfant, les compare aux efforts de l'accouchement. La saillie du corps charnu augmente, il paraît comme sphacélé à sa surface : il est évidemment poussé et de plus étranglé. Ajoutons que l'enfant refuse le bouillon, le lait, le vin de quinquina, etc. Nous faisons faire des lotions vineuses, nous saupoudrons de quinquina la partie malade.

Le 23 au soir, nous examinons avec M. Demarquay la vulve; il s'en échappe une odeur fétide, malgré les lotions vineuses et les applications de poudre de quinquina; nous introduisons une sonde dans la vessie qui était distendue; elle donne issue à une urine trouble et fétide. Nous circonscrivons la tumeur à l'aide de l'extrémité de la sonde; nous constatons qu'elle est adhérente dans un point du col de la vessie; alors il fallait faire cesser les douleurs vives; il fallait enlever ce corps qui mettait obstacle à l'issue de l'urine, et nous décidâmes que le lendemain nous enlèverions cette tumeur.

Nous ne nous abusions pas sur les difficultés et les accidents qui pouvaient survenir pendant et après cette opération ; nous songions même à la récidive, et nous ne cachâmes pas nos craintes au père de l'enfant. Il comprit qu'il fallait agir pour faire cesser les atroces douleurs qui épuisaient la petite malade. *Melius anceps quam nullum.* Nous prescrivons pour la nuit d'abord un nouveau bain, puis la pommade sur le ventre et de plus plusieurs cuillerées à café de sirop de codéine, quatre dans la nuit.

Le lendemain, mardi, 24 décembre 1867, l'enfant, qui s'était plaint toute la nuit, fut sondée de nouveau; seulement, pour vider la vessie qui était un peu distendue, elle parut soulagée.

Nous procédâmes à l'opération à onze heures du matin. Alors, soit faiblesse, soit assoupissement produit par le sirop de codéine, la petite malade se plaignait moins, le pouls donnait 150 pulsations par minute; le ventre n'était pas ballonné; la région hypogastrique n'était pas

sensible à la pression. Aidé de M. Demarquay et de deux internes, M. Barlemont et M. Blache fils, l'enfant fut placée sur une table, comme pour la taille, et maintenue les cuisses écartées.

Nous avions sous la main un serre-nœud de Graefe garni d'un fil de fer, un écraseur de M. Chassaignac, des pinces de Museux, des fils doubles de soie et des ciseaux. L'enfant fut très-promptement rendue insensible après lui avoir fait respirer un mélange à parties égales de chloroforme et d'éther. Étant solidement maintenue, nous appliquâmes d'abord sur la tumeur une forte ligature de soie; nous l'engageâmes dans une anse de fil de fer disposée sur le serre-nœud, et M. Demarquay, ayant saisi la tumeur avec des pinces de Museux, l'attira légèrement à lui; nous conduisîmes l'anse métallique le plus près possible de l'insertion, après avoir débridé le méat urinaire d'un coup de ciseaux. L'anse métallique fut graduellement et très-lentement rétrécie à l'aide du serre-nœud qui effectuait ainsi la section; elle n'était pas terminée que le fil de fer se rompit; nous prîmes l'écraseur de M. Chassaignac, avec lequel l'opération fut terminée.

Il se fit peu d'écoulement de sang; l'enfant revint à elle; nous lui donnâmes quelques petites cuillerées de vin qu'elle vomit peu après; cependant elle se remit. Une demi-heure après l'opération, nous vîmes entre les grandes lèvres une masse charnue qui était sortie par l'urèthre; elle fut expulsée; c'était le reste de la tumeur; cette partie représentait pour la forme une espèce de fucus à divisions multiples, fongueuses, qu'on aurait coupée à sa racine. C'était la partie extirpée. La partie enlevée et la partie expulsée après l'opération pesaient ensemble *quinze grammes;* examinées par M. le docteur Cornil, elles donnèrent le résultat suivant : le tissu était d'apparence polypeuse et de nature fibreuse, fort riche en vaisseaux; la portion antérieure engagée dans le canal était gangrenée par suite de la compression du col de la vessie; elle présentait une couleur feuille morte et paraissait desséchée; en effet, quoique la couche superficielle fût seule mortifiée, la coupe ne présentait pas de sang dans cette partie; dans le reste de la portion enlevée jusqu'au pédicule qui avait été coupé obliquement, on retrouvait l'apparence congestionnée et tremblotante des polypes. A l'examen microscopique, fait trois heures après l'excision, on remarquait un réseau vasculaire serré, à capillaires dilatés et pleins de sang; le tissu fondamental était composé par des éléments conjonctifs et une quantité considérable de cellules et de noyaux embryoplastiques, les uns ronds, les autres ovoïdes, tous de formation récente, indiquant un tissu jeune, d'une évolution et d'un accroissement rapides; traités par l'acide acétique, les fibrilles de ce tissu

conjonctif disparaissent et ne laissent plus que des noyaux embryoplastiques de formes diverses et sans nucléoles.

Nous vîmes l'enfant environ trois beures après l'opération. On lui avait donné un peu de bouillon froid qui avait passé; elle n'avait pas perdu de sang; le reste de la tumeur était expulsé sans grande douleur. On lui continua pour boisson du bouillon.

La nuit qui suivit, l'enfant fut plus calme, mais elle était faible et abattue; elle ne faisait plus d'efforts d'expulsion, mais elle s'agitait de loin en loin quand l'urine passait; elle mouilla beaucoup ses couches; l'urine était à peine teinte de sang; l'enfant eut une évacuation.

Le 25 décembre, lendemain de l'opération, le pouls, qui était faible et fréquent, s'est un peu relevé (bains entiers dans une infusion de fleurs de tilleul, lotions à la vulve, bouillon, vin de quinquina; l'enfant en prend fort peu).

Le 26 décembre, continuation des plaintes quand l'enfant urine, mais pas d'efforts d'expulsion; cependant nouvelle sortie d'une petite portion charnue grosse comme un pois; gonflement et rougeur des grandes lèvres (bains, lotions).

Le 27 décembre, moins de douleurs, un peu de sommeil; mais refus de prendre du bouillon, du vin. Le froid étant très-vif, nous cessons les grands bains pour les remplacer par des bains de siége et de fréquentes irrigations vineuses entre les grandes lèvres; en les écartant, nous faisons tenir entre elles des bourdonnets de charpie pour absorber les liquides qui s'écoulent; on les renouvelle très-souvent.

Le 28 décembre, la fièvre continue, 130 pulsations et plus, pouls faible, refus de boire, muguet en dedans des joues. Quelques efforts d'expulsion; issue de lambeaux sphacélés par l'urèthre. Collutoire au borax, irrigations et lotions à la vulve avec vin aromatique.

Le 29 décembre, pas de changement; il y a des selles liquides.

Le 30 décembre, l'état est stationnaire; l'enfant s'affaiblit de plus en plus; elle a un peu de diarrhée; elle refuse tout, vin ordinaire, vin de quinquina, bouillon, lait de poule; elle accepte à peine un peu de décoction blanche.

Le 31 décembre, elle a été peu agitée la nuit; elle a pris de la décoction blanche. Elle s'éteint à sept heures du matin, sept jours révolus après l'opération. — L'autopsie n'a pu être faite.

— A cinq heures moins un quart la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à six heures moins un quart.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1868

Présidence de M. LEGOUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.
Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :
— Les journaux de la semaine.
— Le bulletin de l'*Académie de médecine de Belgique*; le *Montpellier médical*; la *Revue médicale de Toulouse*; le *Sud médical* de Marseille; le *Journal de médecine et de chirurgie pratique.*
— *Recherches sur la loi d'accroissement des nouveau-nés*, etc., par le docteur Odier.
— Un tirage à part des articles *Assistance* et *Associations* par M. Brochin (Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), présenté par M. Lefort.
— Le vingt-huitième volume des *Transactions of the Pathological Society of London*, présenté par M. Giraldès.
— Une lettre de M. le docteur Dufour, médecin-adjoint à l'asile d'Armentières, accompagne l'envoi de pièces pathologiques relatives à une *fracture extra-capsulaire du col du fémur.*

M. Verneuil présente, de la part de M. Vanzetti, de Padoue, une note détaillée sur cinq cas de résection du poignet. Cet envoi est accompagné de photographies.

Résections de l'articulation radio-carpienne faites à la Clinique chirurgicale de Padoue.

Juin 1862. Femme de 36 ans. — Carie de tous les os du carpe et des extrémités articulaires du radius et cubitus (main gauche).

Résection des extrémités articulaires du radius et du cubitus, avec extirpation *de tous les os* du carpe. Grand lambeau dorsal comprenant les téguments et les tendons des extenseurs.

Cette femme a guéri et vit encore. Sa main a besoin d'être *soutenue* par une attelle palmaire. Les tendons extenseurs ayant été compris dans le lambeau dorsal, les mouvements des doigts sont en grande

partie abolis : sa main, cependant, ne lui est pas sans quelque utilité.

Cette opérée se sert d'un appareil semblable à celui qu'on trouve dessiné dans l'ouvrage de M. Heyfelder « sur les résections, » pour les cas où, après l'opération, la main reste pendante.

---

22 mai 1863. Homme de 60 ans. — Carie de l'articulation radio-carpienne droite.

Résection de l'extrémité articulaire inférieure du radius et du cubitus avec extirpation de la *première rangée des os du carpe.* — Incision *médiane dorsale* très-longue. Tous les tendons des extenseurs, excepté celui du radial et du cubital, ont été épargnés. Les bords de la plaie cutanée longitudinale ont été rapprochés par des bandelettes d'emplâtres agglutinatifs.

Les bords de la plaie s'étant écartés, les tendons des extenseurs restèrent à découvert et se mortifièrent. La plaie se remplit de bourgeons charnus, et, au bout de quarante jours, elle était presque cicatrisée. A cette époque, le malade voulut quitter la clinique. Le poignet présentait déjà assez de fermeté. On n'a plus vu le malade.

---

23 juin 1863. Garçon de 16 ans. — Carie de l'articulation radio-carpienne.

Résection de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus; excision de la première rangée des os du carpe. Longue incision médiane. Tendons des extenseurs des doigts soigneusement épargnés; plaie réunie exactement par des points de suture.

Guérison très-heureuse. L'articulation du carpe est ferme; les mouvements des doigts sont assez étendus, surtout dans la deuxième et troisième articulation des phalanges. L'opéré peut se *boutonner* et se servir de sa main. Le dessin a été pris *un an après l'opération.*

---

21 juillet 1863. Paysanne de 29 ans. — Carie de l'articulation radio-carpienne gauche.

Résection de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus; excision de la première rangée des os du carpe. Longue incision médiane. Tendons des extenseurs des doigts soigneusement épargnés; plaie réunie exactement par des points de suture.

Résultat excessivement heureux. Guérison complète, avec le poignet ferme et susceptible de quelques mouvements de flexion. Mouvements libres dans la seconde et troisième articulation des doigts. L'opérée

travaille aux champs avec la pioche. Elle peut coudre et se boutonner. Le dessin a été pris un an après l'opération.

---

20 juin 1864. Paysanne de 23 ans. — Carie de l'articulation radio-carpienne.

Résection de l'extrémité articulaire du radius et du cubitus. Tendons des muscles extenseurs soigneusement épargnés. Excision de la première rangée des os du carpe.

Résultat excessivement heureux. Poignet ferme, susceptible de quelques mouvements de flexion. L'opérée peut coudre, se boutonner, et employer sa main très-utilement. La photographie a été prise le 23 novembre 1867, trois ans et demi après l'opération.

— M. Verneuil a reçu, par l'entremise de M. le docteur de Laurès, de la part de madame Laborie, un grand nombre d'observations inédites, recueillies à l'asile de Vincennes par notre regretté collègue Laborie, et plusieurs moules très-parfaits de moignons d'amputés.

Les observations ont trait aux résultats éloignés du traitement des fractures, ou d'opérations diverses parmi lesquelles figurent en grand nombre les amputations, l'urétrotomie, etc.

Une lettre de remerciements sera adressée à madame Laborie, et une Commission, composée de MM. Verneuil, Després et Perrin, sera chargée d'examiner les travaux laissés par notre collègue et de s'occuper, s'il y a lieu, de leur publication.

Dans les papiers de Laborie se trouvait un travail de M. le docteur Philippe, relatif *à la saillie de l'os après les amputations.* Ce travail, qui devait être l'objet d'un rapport de la part de notre collègue, est renvoyé à une nouvelle commission composée de MM. Lefort, Guyon et Després.

— M. Joseph Michon adresse une lettre accompagnant l'envoi d'un portrait de son père, le docteur Michon, l'un des membres fondateurs de la Société de chirurgie.

Des remerciements seront adressés à M. Joseph Michon.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire. La Commission nommée par la Société a présenté les canditats dans l'ordre suivant :

1° M. Guéniot;
2° *Ex æquo* : M. Cruveilhier fils, M. Leroy d'Étiolles ;
3° M. Marc Sée;
4° M. Dubreuil.
27 membres prennent part au vote.
Au premier tour de scrutin, obtiennent :

MM.	Guéniot....................	17 voix.
	Leroy d'Étiolles............	6 —
	Marc Sée.......	3 —
	Cruveilhier................	1 —

M. Guéniot, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de la Société de chirurgie.

NOMINATION D'UN MEMBRE HONORAIRE.

La Société est appelée à voter sur la demande de M. Cullerier, qui désire changer son titre de *membre titulaire* contre celui de *membre honoraire*.

M. Cullerier est nommé membre honoraire à l'unanimité, moins un bulletin blanc.

COMMISSIONS.

M. le Président nomme une Commission chargée d'étudier les modifications qu'il peut être utile d'apporter dans la publication des Bulletins de la Société. Cette Commission sera composée de MM. Broca, Blot, Lefort, Trélat et Léon Labbé.

Comité de publication : MM. Broca, Blot, Lefort.

Commission des congés : MM. Boinet, Tarnier, Houel.

Commission chargée de faire un rapport sur l'état des archives de la Société. Cette Commission, tirée au sort, est composée de MM. Desormeaux, Després, Depaul.

COMMUNICATIONS.

Régime des malades dans les hôpitaux.

M. Després. La Société de chirurgie a traité, depuis deux ans, deux questions importantes, celle de la construction des hôpitaux et celle des maternités. Il en est résulté un travail profitable qui, s'il n'a pas éclairé les autorités, a, du moins, été apprécié et estimé par le corps médical. Une autre question me paraît utile à juger, celle du régime

alimentaire dans les hôpitaux, et je choisis pour occasion l'établissement d'un nouveau régime dans nos services.

Ce régime, je me hâte de le dire, renferme des améliorations : ainsi, un peu d'augmentation de certains aliments, de nouveaux modes de préparation, etc. Je suis heureux de le constater ici, pour montrer que je n'agis pas dans un esprit d'opposition systématique, si plus tard je montre les côtés défectueux de ce règlement nouveau.

Le régime des convalescents peut être désigné à l'avance, comme celui des soldats, des prisonniers ou des collégiens; mais le régime des grands malades ne saurait l'être; les grands malades diffèrent trop entre eux et d'un jour à l'autre. Je crois que, dans les hôpitaux pas plus qu'en ville, nous ne devons laisser à la discrétion de personnes non instruites des choses de la médecine le soin de choisir les aliments. Nous ne disons point, en ville, aux garde-malades : Vous donnerez au blessé 100 grammes de pain, 20 centilitres de vin et 6 décagrammes de viande, 9 centilitres de pruneaux. Nous disons : Vous donnerez une côtelette ou deux œufs à la coque, une pomme cuite et un verre à bordeaux de vin généreux, et quelquefois un verre de bière.

Dans les régimes des hôpitaux, et le régime nouveau en particulier, il y a six classes d'alimentation : la diète au bouillon, les potages, les 1er, 2e, 3e et 4e degrés. N'y a-t-il que six classes de malades? Théoriquement, cela n'est pas, et en pratique, c'est inadmissible. Je ne doute pas que tous ces régimes, observés absolument, ne soient tout à fait impraticables, si les religieuses ne s'en tiraient pas quelquefois sur l'indication du médecin par des virements, en retirant à un malade pour donner à un autre.

Ainsi, un malade à 1 degré, c'est-à-dire un malade qui commence à manger, celui que nous nourrissons en ville avec des côtelettes et du beefsteak, tel que l'anémique ou le grand blessé, reçoit : potage 60 centilitres, viande rôtie 120 grammes (et par viande rôtie, il faut entendre du bœuf, du veau ou du mouton cuits dans le four). Au lieu de viande, on donne quelquefois de la volaille ou du poisson et des œufs, et cela sans que le médecin y voie rien. Ajoutez à cela : pain 100 à 120 grammes, vin 18 à 24 centilitres et lait 25 centilitres. Tout cela, divisé en trois repas, comme l'a bien dit M. Trélat, est dînette, ce n'est pas un régime. Il vaut mieux donner à un malade un morceau de viande et des bouillons que des petits morceaux si différents. Je n'en finirais pas si je voulais citer toutes les maladies auxquelles la viande rôtie et le vin peuvent convenir à l'inverse de cette alimentation administrative; je signalerai seulement les grands blessés et les

femmes en couche, les opérés, sans compter les individus des services de médecine.

Pour ce qui est des autres degrés, le deuxième est quelquefois employé; le quatrième est le régime des convalescents, c'est-à-dire des malades qui ne le sont plus. Ces derniers peuvent être soumis à un régime déterminé à l'avance. Cependant, comme ce régime est celui des femmes enceintes, des syphilitiques, et qu'il peut y avoir des nécessités spéciales, on devrait pouvoir quelquefois le modifier. Les dyspeptiques, les diabétiques, les syphilitiques ont des variations d'appétit et des répugnances telles que l'étroitesse d'un règlement ne saurait les obliger à les changer. Un détail encore. Certaines malades arrivent dans mon service habituées à manger 2 livres de pain dans la journée: le règlement ne leur accorde que 400 grammes de pain, et 500 depuis que j'ai réclamé. On me répond que dans le nouveau régime, les malades ont plus de vin; mais cela n'empêche pas qu'il y ait des individus pour qui le vin ne remplace pas le pain.

Mais pourquoi insister? Il suffit de poser la question pour qu'elle soit résolue. Un régime catégorisé, absolu, convient-il pour les grands malades? Pour ma part, j'affirme que non, et je ne serai pas contredit.

Il me paraît juste d'établir qu'il y a deux classes de malades. Les convalescents, les gens qui n'ont point de maladies fébriles, peuvent être soumis à un régime; mais les grands malades exigent chacun un régime spécial, dicté par le médecin. La viande rôtie, que tous les physiologistes reconnaissent la plus capable de réparer le sang, doit être la base du régime des opérés et des anémiques. Si les malades ont l'habitude du lait ou d'une autre boisson, on doit pouvoir la leur donner. Ceux qui croient à l'efficacité des boissons alcooliques et vineuses, efficacité très-réelle pour les malades habitués au vin, doivent pouvoir donner cette boisson, même en quantité plus grande que ne le comporte un règlement.

Messieurs, l'administration se substitue au médecin dans les choses médicales; elle ne peut y être compétente, et nous sortirions de notre rôle si nous ne disions point qu'il s'agit ici de la science, et que le régime dans les maladies fait partie du traitement. Une décision ayant pour effet de réglementer d'une façon absolue le régime des grands malades, à supposer que ce régime soit possible, ne devrait pas être prise dans le silence du cabinet, pût-elle être trouvée bonne par deux ou trois médecins. Il faudrait l'avis d'un plus grand nombre d'autorités scientifiques pour juger la question du régime dans tous les hôpitaux et hospices. Qu'une administration dans des vues sages d'éco-

nomie cherche à réglementer la nourriture, rien de mieux; mais qu'elle ne gêne pas le traitement par des règles trop étroites, même approuvées par quelques-uns. C'est en négligeant les préceptes scientifiques que nous sommes exposés à des accidents fâcheux, et pour le régime, comme pour la création de services temporaires, une action accomplie en dehors des médecins a des inconvénients pour ceux qui sont confiés à nos soins. Voici un exemple : L'administration a créé, à l'hôpital de Lourcine, un service temporaire, sans qu'aucun des médecins de l'hôpital ait été consulté, et sans songer qu'il est dangereux de placer des malades atteints de maladies aiguës dans un hôpital de femmes et d'enfants qui ne sont pas alités. Aussi, comme pour nous rappeler que les enseignements scientifiques sont quelque chose, une varioleuse, amenée à l'hôpital le 14 décembre 1867 et morte le 16, a été le point de départ d'une épidémie, et en 40 jours nous avons eu à l'hôpital 17 varioles. Ne négligeons donc point notre rôle de médecins, afin de pouvoir dire, ainsi que Moreau à Louis XV, *que nous soignons nos malades d'hôpital comme des rois.*

M. Lefort. Cette question doit être discutée, non devant la Société de chirurgie, mais devant la Société des chirurgiens des hôpitaux.

Luxation de la septième vertèbre cervicale.

M. Panas. X..., 24 ans, brasseur, grand, bien développé, d'une forte constitution, entre à l'hôpital le 6 janvier.

L'accident a été produit par l'arbre de couche d'une machine à vapeur, élevé au-dessus du sol de tout au plus un mètre, et relié à un engrenage par une forte courroie de cuir obliquement dirigée.

X... portait ce jour-là un fort gilet de laine flottant un peu sur le devant. Il voulait détacher la courroie mise en mouvement par l'arbre de couche, sans avoir eu, auparavant, la précaution d'arrêter le mouvement de la machine, et il s'approcha assez près de la courroie pour que celle-ci pût saisir son vêtement. Il fut immédiatement entraîné par le mouvement, et aux cris qu'il poussa, un de ses camarades, qui se trouvait près de là, accourut et arrêta aussitôt la machine. X... était en ce moment soutenu au niveau de l'abdomen par l'arbre de couche, le bras droit s'appuyant sur une des bandes de la courroie, et la tête penchant vers le sol, sans qu'on ait pu savoir d'une manière exacte si un de ses bras ou son cou avaient été plus particulièrement soumis à une pression ou une traction exagérées.

Il était alors sans connaissance, mais cet état dura peu, et quand arriva un médecin, immédiatement mandé, il était en proie à un état

d'excitation violente, poussait des cris, avait la face rouge et congestionnée. Une saignée abondante fut faite, et peu de temps après on le transporta à l'hôpital (neuf heures du soir).

En ce moment, il était encore agité, délirait, avait des mouvements désordonnés dans les bras et dans les jambes, et l'interne de garde observa quelques contractions convulsives.

On ne remarqua alors aucune trace de violence, point d'ecchymose. La face était toujours rouge, le pouls fort et plein. Sinapismes sur les membres inférieurs.

Cet état d'excitation dura jusqu'à trois heures du matin, mais en s'affaiblissant par degrés. En ce moment la respiration, qui jusqu'alors avait été libre, s'embarrassa peu à peu, puis la dyspnée devint très-intense, et le malade mourut vers six heures du matin.

A l'autopsie, faite deux jours après la mort, on observa :

Au niveau des *téguments*, de fortes ecchymoses sur le bras droit, une deuxième sur le côté droit de la région cervicale, en occupant la moitié de la circonférence, comme si un fort lien constricteur avait été appliqué en cet endroit pendant la vie. Il y avait un sillon de constriction, la peau ayant un aspect parcheminé.

Les *poumons* sont fortement congestionnés partout, mais principalement en arrière, où leur tissu, quoique crépitant sous la pression du doigt comme un poumon normal, est d'une couleur rouge brun foncé noirâtre.

Les *plèvres* sont libres de toute adhérence entre elles; leur transparence permet facilement de voir sous le feuillet séreux des taches d'un rouge foncé, ecchymotiques, nombreuses, de 2 à 3 millimètres de diamètre environ.

L'*arbre respiratoire*, ouvert dans toute sa longueur, est fortement congestionné, et sous la muqueuse, dans les bronches, la trachée, le larynx et même sur l'épiglotte, on remarque plusieurs petites ecchymoses en tout semblables à celles des plèvres.

A l'ouverture du *crâne*, veines et sinus de la dure-mère injectés d'un sang noir et fluide.

Dans la cavité arachnoïdienne, une assez grande quantité d'un liquide sanguinolent rouge foncé, plus abondant à la partie postérieure, surtout à la corne occipitale droite; mais cet épanchement n'est nulle part nettement limité. La *pie-mère* cérébrale est fortement injectée. Point de liquide anormal infiltré dans le tissu sous-arachnoïdien.

Le *cerveau* est normal et ferme; la substance grise est d'une coloration légèrement rosée; la coupe de la substance blanche présente un piqueté rouge assez abondant que le lavage fait disparaître, et qui

reparaît aussitôt en pressant légèrement, sur les côtés, la substance cérébrale.

On rechercha l'état de la colonne vertébrale; et à l'incision de la couche musculaire, au niveau du cou, on remarqua une énorme quantité de sang infiltré dans le tissu musculaire. Ce sang est fluide et noirâtre, et en se rapprochant des vertèbres, on voit qu'il paraît venir d'une solution de continuité que l'on remarque à la colonne vertébrale.

A part cette lésion, d'ailleurs, les muscles sont loin d'être intacts; ils présentent des déchirures nombreuses et assez étendues.

On enlève une partie de la colonne vertébrale, comprenant les deux dernières cervicales et les trois premières dorsales, et il est alors permis de constater que :

Il y a eu rupture des ligaments jaunes unissant la proéminente à la première dorsale;

Rupture des ligaments qui unissent l'articulation que forment les apophyses articulaires droites de ces mêmes vertèbres.

A la partie postérieure, écartement de ces deux pièces osseuses, atteignant 1 centimètre au niveau des apophyses articulaires droites, tandis que l'écartement paraît nul au niveau de ces mêmes vertèbres, à gauche.

En vertu de cet écartement en arrière, les corps vertébraux de la proéminente et de la première dorsale ont éprouvé en avant un léger mouvement de bascule, de manière à présenter, dans l'axe de leur direction, un angle largement obtus ouvert en avant.

En même temps, la partie supérieure du corps de la première dorsale est légèrement écrasée en avant, dans une hauteur de 3 à 4 millimètres.

Les corps vertébraux ayant été enlevés, on remarque un épanchement considérable de sang dans le canal rachidien, marqué davantage en arrière et principalement au niveau du point où s'est produit la luxation.

La dure-mère rachidienne est complétement intacte. Inclinée sur la ligne médiane en avant et en arrière, elle permet de voir que le cordon médullaire paraît, au même niveau, comme légèrement étranglé, et présente, dans une hauteur de 1 centimètre environ, une teinte violacée, ecchymotique. En ce même point, le tissu médullaire est manifestement ramolli dans la même hauteur.

LECTURE.

M. Duplay lit une observation, accompagnée de réflexions, relative à un cas de *fracture de la rotule avec plaie pénétrante du genou*.

Ce travail est renvoyé a une commission composée de MM. Perrin, Tillaux, de Saint-Germain.

COMMUNICATION.

Trois opérations de résection du maxillaire inférieur pour des tumeurs fibreuses et fibro-plastiques de cet os.

M. Liégeois communique trois observations accompagnées de dessins de tumeurs fibro-plastiques développées dans le maxillaire inférieur. M. Liégeois a pratiqué dans ces trois cas la résection du maxillaire inférieur. La première opération a été faite il y a cinq ans, la seconde il y a trois ans, et la troisième en 1867.

J'ai déjà entretenu, en 1864, la Société d'une de ces opérations. Après ma communication, un des membres prit la parole pour dire qu'il serait intéressant de savoir ce que deviendrait la malade dont je présentais l'observation. En en reparlant aujourd'hui, je réponds à cet appel, et comme l'observation n'est point relatée dans nos bulletins, je demande la permission de revenir sur les principaux détails.

Première observation. — Mademoiselle J.... habitant Buzy (Meuse), âgée de 18 ans, se présente à moi en 1863, atteinte d'une tumeur considérable du maxillaire inférieur correspondant à la partie latérale droite du corps de la mâchoire et à la branche verticale du même côté. Cette jeune fille appartenait à une famille des plus pauvres, et avait joui jusqu'ici d'une santé parfaite. Sa constitution était, sinon robuste, au moins bonne, comme l'indiquaient un teint coloré, des membres assez développés, l'absence de tout ganglion hypertrophié, une menstruation qui toujours s'était faite régulièrement depuis l'âge de 13 ans. Sa tumeur datait d'un an environ, et avait grossi insensiblement jusqu'à acquérir le volume du poing. A l'extérieur, elle était uniformément dure, très-résistante; quand, au contraire, on l'explorait par la cavité buccale, elle se laissait déprimer sans donner lieu à aucune crépitation. Ni les ganglions sous-maxillaires, ni ceux du cou ne présentaient aucune trace d'engorgement. La mastication était considérablement gênée, la salivation abondante, l'articulation des sons difficile.

Avant de me prononcer sur la nature de cette tumeur, je crus devoir plonger le trois-quart à travers la paroi interne, dépressible sous le doigt. Il sortit quelques gouttes de sang, et mon instrument put parcourir assez facilement tout l'intérieur d'une énorme poche. Ayant retiré la canule du trois quart, je trouvai dans son intérieur quelques lambeaux de tissu fongueux mollasse qui, portés sous le champ du microscope, me permirent de reconnaître une quantité

innombrable de noyaux fibro-plastiques, quelques cellules fibro-plastiques et des fibres de tissu cellulaire en quantité relativement très-faible par rapport aux noyaux fibro-plastiques.

Dans le but de conserver à la mâchoire un support osseux, je résolus d'abord d'ouvrir le kyste et d'enlever la production morbide. Cette idée fut mise à exécution le 8 septembre 1863 à Étain (Meuse). Une incision fut pratiquée dans la direction d'une ligne qui joignait le lobule de l'oreille et la commissure droite de la bouche, et sur le milieu de la tumeur environ, me proposant de mettre plus tard cette incision à profit, dans le cas où une opération plus radicale que celle que je tentais serait nécessaire. Arrivé sur la tumeur, je la disséquais dans une certaine étendue, puis, avec la gouge et le maillet, je faisais sauter la paroi osseuse, qui pouvait avoir 6 à 7 millimètres d'épaisseur; j'arrivai alors dans une poche remplie d'un tissu rougeâtre, très-vasculaire et d'une mollesse remarquable. A l'aide d'une rugine, je grattais la paroi de ce kyste afin de le vider de son contenu, puis, avec une forte serpette, j'enlevais la couche osseuse sous-jacente, jusqu'à ce que je fusse arrivé sur des parties du tissu spongieux qui me parurent saines. Le kyste fut rempli ensuite de charpie et la plaie recouverte par une compresse d'eau froide.

Je quittai la malade à la fin de septembre, peu satisfait, car la cicatrisation ne tendait nullement à se faire, et le fond de la plaie était rempli de bourgeons charnus qui me parurent avoir les mêmes caractères que le tissu primitif du kyste osseux.

En janvier 1864, le docteur Japin, qui m'avait aidé dans cette opération, m'écrivit que les craintes que je lui avais émises n'étaient que trop vraies, et que la tumeur avait actuellement un volume plus considérable que quand je l'avais vue pour la première fois. Immédiatement, je repris le chemin de la Lorraine, dans le but de pratiquer la résection. Cette opération fut faite le 10 janvier avec l'aide des docteurs Japin, Parisot, Thiébaux, Douan.

On fit respirer à la malade quelques gouttes seulement de chloroforme. L'incision fut faite sur la cicatrice de la première opération, se prolongeant, en arrière, jusqu'au lobule de l'oreille, en avant, jusqu'à la commissure de la bouche; un lambeau supérieur et un lambeau inférieur furent disséqués, le masséter fut détaché de la face externe de la branche verticale de la mâchoire, après quoi, la première petite molaire fut arrachée et le maxillaire scié avec la scie à chaîne. Je cherchai ensuite à disséquer le périoste, ce qui me fut facile, car il avait une épaisseur d'au moins un millimètre; cette dissection porta le plus haut possible, jusque vers le milieu de la branche

verticale. Puis la partie supérieure du ptérygoïdien interne fut coupée au niveau de ses insertions à l'os; le sommet du muscle temporal fut détaché de l'apophyse coronoïde avec des ciseaux courbes. Enfin, je cherchai à effectuer la torsion et l'arrachement de l'os, mais alors le col de la mâchoire se fractura. En vain j'essayai d'extraire la tête par des tractions faites à l'aide d'un davier, je dus aller disséquer les parties molles qui entourent le condyle, en prenant soin de diriger la pointe de mon instrument vers celui-ci. Pendant l'opération, trois ou quatre ligatures d'artères durent être faites; la malade avait perdu une assez grande quantité de sang.

Quinze points de sutures métalliques réunirent la plaie, qui fut ensuite recouverte par une compresse froide.

Le lendemain de l'opération je quittai la malade, la confiant aux soins du docteur Japin. La réunion fut immédiate dans toute l'étendue de la plaie, excepté dans le point par où sortaient les ligatures.

L'examen de la tumeur fit voir que le kyste s'étendait fort haut dans la branche de la mâchoire, que le nerf dentaire était ramolli et détruit en plusieurs points, que les deux premières grosses molaires et la deuxième petite surmontant la tumeur étaient peu adhérentes au tissu gengival qui les entourait, que la portion spongieuse contenant les parois du kyste était fortement colorée et raréfiée. Enfin, l'examen microscopique fit reconnaître de nouveau, dans les fongosités qui remplissaient l'excavation, de nombreux noyaux fibro-plastiques, quelques cellules fibro-plastiques, quelques fibres de tissu cellulaire.

Je revis cette malade en septembre 1864; elle avait toutes les apparences d'une bonne santé; elle était notablement engraissée; elle s'était livrée, avec toute l'ardeur désirable, aux travaux champêtres pendant l'été. La cicatrice était à peine apparente, si ce n'est dans le point qui donnait passage aux deux ligatures. La face était à peine déviée. En explorant la portion correspondant au maxillaire enlevé, je constatai la présence d'une plaque d'une dureté extraordinaire, se continuant avec la partie du maxillaire qui avait été épargnée dans l'opération. Cette plaque s'étendait très-haut; on la sentait à l'extérieur jusque un peu au-dessous du lobule de l'oreille; son épaisseur, paraissait avoir 4 à 5 millimètres. Enfin, malgré l'absence du nerf dentaire, la sensibilité, quoique diminuée, persistait au menton, à la lèvre inférieure, à la partie antérieure de la joue du côté correspondant à la résection.

A cette époque, la malade portait une petite tumeur ganglionnaire dans la région sous-maxillaire du volume d'une petite noix; cette tumeur, en partie fluctuante, fut ouverte, il ne s'écoula qu'une petite

quantité de pus; elle était remplie surtout par des végétations fongueuses que la cautérisation fréquemment répétée avec le nitrate d'argent fit disparaître.

Depuis ce temps, cette malade est restée dans le même état; on peut se faire une idée du résultat de cette opération, en examinant les deux dessins que je présente à la Société : l'un est le portrait de la malade avant l'opération, l'autre le portrait après l'opération; ce dernier ayant été fait en septembre 1864.

Afin d'être bien sûr de ce que j'avance, j'ai demandé cette semaine même des renseignements sur cette malade au docteur Japin. Sa réponse est la suivante : Il n'y a pas la moindre apparence de récidive, la portion enlevée est remplacée par un tissu d'une dureté osseuse, recouvert d'une gencive d'un blanc nacré. La mastication se fait du côté opéré aussi bien que de l'autre. La déglutition est normale, ainsi que la voix ; l'articulation des sons, très-distincte, est un peu différente de ce qu'elle était auparavant. Lorsque les mâchoires sont rapprochées, la ligne de séparation des incisives médianes supérieures correspond à l'intervalle qui sépare l'incisive gauche de la dent canine, ce qui ferait à peu près un centimètre de déviation. Quant à la sensibilité, elle existe partout, seulement elle est obtuse; il y a une sorte d'engourdissement de la peau, plus prononcé près de la ligne médiane, et diminuant à mesure qu'on se rapproche de la joue.

Deuxième observation. — Le 13 mars 1865, mademoiselle C..., âgée de 29 ans, entre à Saint-Louis. Je remplaçais M. Voillemier comme chirurgien du bureau central. Cette malade, d'une constitution assez chétive, a vécu dans la plus grande misère en province, jusqu'à il y a un an, époque où elle vint à Paris et se fit domestique; elle porte une tumeur volumineuse, de la grosseur d'une petite pomme, dure, élastique, adhérente à la face postérieure de la mâchoire, faisant saillie dans la région sus-hyoïdienne et dans la cavité de la bouche, s'étendant en arrière jusque près de l'os hyoïde. Ce volume a été atteint, nous assure-t-elle, en un mois. La tumeur est le siége d'élancements qui troublent le sommeil de la malade. Il y a impossibilité pour elle de manger de la viande et difficulté d'avaler des potages à cause du refoulement de la langue en haut; l'articulation des sons est difficile. Les ganglions du cou et de la région sous-maxillaire sont sains.

Le 20 mars, c'est-à-dire sept jours après son entrée, la tumeur avait augmenté d'une façon appréciable. Le 21 mars, je procède à l'opération. On fait respirer à la malade quelques gouttes de chloroforme. Une incision, comprenant toute l'épaisseur de la lèvre inférieure, est faite à partir du bord libre sur la ligne médiane jusqu'au-dessous du

menton. Du bord inférieur de cette incision, j'en fais partir deux autres, l'une à droite, l'autre à gauche, parallèlement à la branche horizontale de la mâchoire inférieure et prolongée à peu près jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du lobule des deux oreilles. Je dissèque ensuite les deux lambeaux dans toute leur étendue, la partie antérieure de la mâchoire est alors mise à nu. A droite, j'enlève la troisième dent molaire; à gauche, la cinquième; puis, avec la scie à chaîne, je scie de chaque côté la mâchoire inférieure au niveau des alvéoles qui contenaient ces dents. Je détache alors les muscles qui s'insèrent à la portion du maxillaire séparée par les deux traits de scie; mais, avant de terminer l'opération, je passe un fil dans le frein de la langue, de manière à retenir cet organe en dehors, s'il avait de la tendance à se porter en arrière. Alors, avec mes doigts, je sépare la face postérieure de la tumeur des adhérences celluleuses qui la maintenaient en contact avec les parties voisines, et je l'énuclée ainsi avec la plus grande facilité et sans effusion de sang.

Vingt points de suture réunirent la plaie, sur laquelle je plaçai une compresse d'eau froide.

La langue ne se rétracta pas, ce qui s'explique par la distension qu'avaient due éprouver les muscles hypoglosses et génioglosses, placés des deux côtés de la tumeur, cette distension leur ayant fait perdre une partie de leur tonicité. Le 29 mars, époque où on enleva les dernières sutures, la réunion est complète presque partout, excepté vers le milieu de l'incision parallèle à la mâchoire; à ce niveau, la réunion n'est pas opérée, et lorsque la malade boit, le liquide s'échappe en partie par cette ouverture. Le 8 avril, elle est prise d'une variole discrète qui guérit en quelques jours. Le 16 mai, elle est atteinte d'une pneumonie à laquelle elle succombe. Mais à cette époque, elle était complétement guérie, et n'était retenue dans les salles que par l'intérêt que les sœurs et les malades lui portaient.

Examen de la tumeur. La table antérieure du maxillaire paraît saine dans presque toute son étendue, excepté vers le bord inférieur; là, le périoste se confond avec la tumeur. Pourtant, au niveau de la quatrième et de la cinquième molaire, cette face antérieure est interrompue par un prolongement de la tumeur, de la grosseur d'une noisette et arrondie comme elle. Ce prolongement semble être passé de la partie postérieure vers l'antérieure, en détruisant l'os vers le bord supérieur.

Le bord inférieur du maxillaire est confondu avec la tumeur; le bord supérieur est surmonté de toutes ses dents qui sont saines. Elles sont toutes déjetées en dehors, excepté la deuxième et la troisième

molaires gauches qui sont déviées en dedans. Ces dents branlent toutes dans leurs alvéoles; la lamelle du tissu compact qui, à l'état normal, les recouvre en avant, a été détruite par la compression et le refoulement des racines. A ce niveau, les racines ne sont plus recouvertes que par la gencive. Celle-ci est mollasse et rouge.

La face postérieure de la mâchoire se confond avec la tumeur. Celle-ci mesure environ huit centimètres en hauteur et quatre centimètres dans son diamètre transversal. Son épaisseur est de cinq centimètres; elle occupe tout l'espace limité par deux lignes verticales qui passeraient à gauche par la quatrième molaire, à droite par la première. Elle présente la forme d'un segment d'ovoïde, surmonté de plusieurs cannelures. Sa consistance est ferme, sa coloration légèrement rosée.

Une coupe pratiquée perpendiculairement sur la tumeur et sur l'os montre que le corps du maxillaire a notablement augmenté en épaisseur, aux dépens surtout de sa partie postérieure. Il est facile de voir que cette augmentation est due à du tissu osseux de nouvelle formation, on distingue aisément la limite de la portion surajoutée. Cette dernière se confond avec un tissu formé de faisceaux grisâtres distincts et placés les uns à côté des autres, ce qui donne à ce tissu un aspect feuilleté. La coupe du mamelon antérieur permet de reconnaître qu'il est constitué en grande partie par du tissu osseux recouvert par une couche fibreuse assez mince. A l'examen microscopique, on constate la présence de fibres de tissu cellulaire en quantité considérable, et dans les parties superficielles des corps fibro-plastiques en proportion notable, par rapport aux fibres de tissu conjonctif.

3° *Observation.* — Madame B..., âgée de 26 ans, est une femme d'une constitution chétive, petite, maigre, sans couleur, vivant au sein de la plus grande misère. Elle se présenta à moi lors d'un voyage à Étain (Meuse), en 1864, portant un énorme épulis adhérant à la face externe de la mâchoire dans la plus grande partie de la moitié gauche de cet os, ainsi qu'à la gencive, surtout au niveau de l'alvéole de la première grosse molaire vide de sa dent.

Cette tumeur, du volume d'un gros œuf, fait faire à la joue une saillie notable; elle est d'un rouge assez intense, d'une consistance fibreuse; elle ne gêne pas les fonctions de la langue, mais le rapprochement des mâchoires est rendu par elle difficile. De plus, elle provoque une salivation abondante. Les ganglions sous-maxillaires ne sont point engorgés.

Le 25 août, j'enlève cette tumeur. Après l'avoir circonscrite par quelques incisions en arrière, en avant et en bas, je porte deux doigts

de la main disposés en crochet derrière elle et l'arrache, ce qui se fit très-facilement et très-rapidement. Après son ablation, je constatai que cette tumeur envoyait un prolongement dans la fossette dentaire correspondant à la grosse molaire absente. A l'aide d'une branche de ciseaux détachée, je dilacérai ce prolongement, j'en enlevai une partie avec une pince à mors large, puis je cautérisai avec le crayon de nitrate d'argent.

Vu au microscope, le tissu de cette tumeur était constitué presque exclusivement par des fibres de tissu conjonctif.

Après cette opération, de laquelle la malade se remit rapidement, la guérison se maintint pendant une année; au bout de ce temps apparut une tumeur dans l'épaisseur même de la mâchoire, au-dessus de l'angle gauche. Cette tumeur grossit de plus en plus, et quand je revis cette malade en septembre 1865, c'est-à-dire un an après la première opération, elle se présentait dans l'état suivant : Une partie du corps de l'os et de la portion inférieure de la branche verticale paraît dilatée en dehors comme en dedans, et fait à l'extérieur une saillie qui repousse la joue, à l'intérieur une saillie qui refoule la langue.

Le bord supérieur de cette tumeur paraît formé par un tissu résistant, quoique un peu élastique. Le bord inférieur et les parties latérales inférieures ont une consistance osseuse. Le bord supérieur s'élève de 2 centimètres environ au-dessus du niveau du rebord alvéolaire, et met ainsi la mâchoire inférieure dans l'impossibilité de se rapprocher de la supérieure. La première et la seconde petite molaire qui limitent cette tumeur en dedans sont déviées et branlantes. Le bord inférieur se trouve sur le même plan que le bord inférieur du reste du corps de l'os. La mastication est devenue impossible; la malade ne se nourrit plus que de potage. La salivation est extrêmement abondante, l'articulation des sons difficile. Les ganglions de la région sous-maxillaire ne sont point augmentés de volume.

Notre diagnostic fut le suivant : tumeur fibreuse développée dans l'épaisseur de la mâchoire et dont le point de départ a été le périoste alvéolo-dentaire.

Évidemment il n'y avait qu'un seul parti à prendre, celui de faire la résection. Ce fut le 10 janvier 1866 que je la pratiquai. Une incision verticale, comprenant toute l'épaisseur de la lèvre, fut faite à partir de 1 centimètre de la commissure gauche. Cette incision, arrivée au niveau du rebord inférieur de la mâchoire, fut prolongée le long de ce rebord, jusqu'au niveau du lobule de l'oreille. Pour le reste de l'opération, tout se fit comme pour la première; seulement je ne pus conserver qu'une très-petite partie du périoste. Vingt points de suture.

métallique furent posés, la réunion immédiate s'opéra dans toute l'étendue de la plaie, et la guérison ne fut entravée que par un érysipèle qui survint, heureusement après que la réunion des bords de la plaie était assurée.

La tumeur que je présente à la Société a les caractères suivants : la plus grande partie de la portion gauche de la mâchoire et de la branche verticale est transformée en un tissu blanchâtre, de consistance fibreuse, présentant çà et là quelques points durs, dus à des portions de tissu osseux dont la résorption n'a pas été effectuée complètement.

Les parois de l'os ont disparu complétement dans la partie qui correspond au bord supérieur et à la partie supérieure des faces latérales; là, on ne trouve que le tissu de nouvelle formation. Les parois existent encore, mais notablement amincies dans le reste de la tumeur, et se continuent sans ligne de démarcation accusée avec le produit pathologique. Le canal dentaire, refoulé à la partie inférieure de la tumeur, paraît intact ainsi que le nerf contenu dans son intérieur Des parcelles de ce tissu, observées au microscope, m'ont permis de reconnaître qu'il était constitué presque exclusivement par des fibres de tissu cellulaire de la matière amorphe, et de petites parcelles osseuses.

Les trois tumeurs dont je viens de parler me paraissent surtout être intéressantes sous les points de vue suivants :

1° Toutes trois sont constituées par des éléments des tissus cellulaires, embryonnaires, ou complétement développés ; elles nous montrent, en quelque sorte, les trois degrés d'évolution d'une seule et même tumeur fibreuse, celle-ci ayant toujours pour point de départ des noyaux embryo-plastiques, qui deviennent corps fibro-plastiques, puis filaments de tissu cellulaire.

2° Ces trois tumeurs se sont développées dans les trois départements cellulaires de la mâchoire, si l'on peut ainsi dire, dans lesquels les fibrômes peuvent prendre naissance. La première, très-vraisemblablement, dans le canal dentaire; la seconde, dans le périoste qui enveloppe l'os; la troisième, dans le périoste alvéolo-dentaire.

3° Ces trois tumeurs ont été observées chez des sujets jeunes, 18 ans, 29 aus, 26 ans; chez des sujets vivant dans la plus grande misère, les deux seules causes que l'on puisse invoquer pour leur apparition.

4° Enfin, on peut être certain que des deux malades survivantes la première est à l'abri de toute récidive, eu égard au temps qui s'est écoulé depuis l'opération.

M. Larrey fait observer que dans le livre de Jourdain, on trouve relatés des cas analogues au troisième fait rapporté par M. Liégeois.

M. A. Forget Parmi le tumeurs qui se développent dans les os maxillaires, il en est qui leur sont communes avec toutes les autres parties du squelette; il en est d'autres, au contraire, qui lenr sont spéciales et qui dépendent de conditions anatomiques et physiologiques qui ne se rencontrent que dans les mâchoires.

C'est au premier genre de tumeurs qu'appartient l'une de celles que nous présente M. Liégeois, et qui est constituée par une hypergénèse du périoste externe.

L'autre est une tumeur propre aux os maxillaires; elle est de tout point semblable à celle dont j'ai décrit plusieurs variétés dans ma thèse inaugurable sur les kystes des mâchoires.

Procédant du développement anormal du périoste alvéolo-dentaire, le néoplasme se comporte différemment suivant qu'il reste inclus à l'intérieur de l'os indéfiniment, ou qu'à une époque plus ou moins éloignée de son point de départ, il se fait jour à l'intérieur de la bouche par les alvéoles privées de leurs dents par le fait même de la pression incessante et excentrique du produit morbide.

Dans le premier cas, le corps de l'os prend la forme ovoïde et constitue une cavité close qui enserre de toute part le néoplasme.

Dans le second cas, celui-ci s'est pédiculisé à l'intérieur d'une ou de plusieurs alvéoles dilatées, et la portion du maxillaire à laquelle il correspond affecte une forme cylindroïde.

Ces tumeurs fibreuses adhèrent très-intimement à la paroi osseuse du kyste; il y a comme une sorte de fusion entre elles et lui au moyen d'un prolongement que j'ai comparé, dans ma thèse, à l'épanouissement d'un fort tendon au point de son insertion.

Cette disposition différencie ce genre de tumeurs de celles que constituent exclusivement les éléments hypertrophiés des bulbes dentaires. Ces tumeurs, dont j'ai donné la description en 1860 dans un mémoire lu à la Société de chirurgie (avec une planche) et qui ont été récemment étudiées par M. Broca, s'enkystent à l'intérieur des alvéoles où, le plus souvent, elles ne contractent que de très-faibles adhérences, y restant plus généralement libres et isolées.

J'ai eu l'occasion de mettre sous les yeux de la Société de chirurgie une fort belle planche reproduisant le dessin d'une tumeur de ce genre qui lui avait été adressée par M. Letenneur (de Nantes).

Les tumeurs fibreuses ou fibroplastiques du premier ordre ont des rapports variables avec les nerfs et les vaisseaux maxillaires, suivant l'époque de leur développement à laquelle on les observe. Le plus

généralement elles n'ont aucun rapport de contact avec le nerf dentaire, le canal de ce nom restant intact dans la base de l'os tant que la tumeur n'a pas acquis une ampliation considérable. Sur deux malades que j'ai observés, par suite des progrès de la maladie et de l'amincissement du tissu osseux, le plancher du canal dentaire avait été détruit et le contact de la tumeur avec le nerf déterminait les plus vives douleurs à la moindre pression. C'est ainsi qu'indolores à la première phase de leur existence, ces tumeurs peuvent être plus tard très-douloureuses.

Quant au traitement, il serait insuffisant si on se bornait à arracher la tumeur faisant saillie au-dessus des alvéoles et à cautériser superficiellement la portion restante de celle-ci. C'est pour avoir agi de la sorte que l'on a eu souvent des récidives. Dupuytren conseillait d'éteindre plusieurs cautères à l'intérieur de ces kystes osseux. Cette précaution peut aussi être insuffisante; le plus sûr en pareil cas est d'enlever, comme je l'ai vu faire à Lisfranc et comme je l'ai fait moi-même, le plan osseux qui sert d'implantation au néoplasme. Toutefois, la nature boméomorphe de celui-ci et l'intégrité de la base de l'os maxillaire dont la continuité est conservée, me paraissent devoir prescrire le plus souvent de conserver l'os et de réserver la résection pour les cas extrêmes.

M. Demarquay. J'ai suivi une malade qui avait été opérée par Blandin, et chez laquelle on avait enlevé toute la portion d'os au niveau de laquelle la tumeur avait pris naissance. La récidive eut lieu cependant, et cette fois il fallut pratiquer la résection d'une moitié du maxillaire. Dix ans après j'ai revu la malade; la guérison s'était maintenue et les mouvements des muscles de la face s'étaient rétablis, quoique pendant l'opération le nerf facial eût été coupé.

M. Liégeois insiste sur ce fait, que dans le cas dont il a donné la relation, le point de départ des tumeurs paraît bien être le périoste alvéolo-dentaire.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. Demarquay a fait construire par M. Galante, une série de cathéters de différents volumes, qui ont pour but de faciliter l'uréthrotomie externe sur conducteur. Sur chacun de ces cathéters se monte un curseur en forme d'olive, pointu inférieurement, et sur lequel on a ménagé une cannelure.

Le conducteur étant introduit dans la vessie, le curseur fait facilement reconnaître le rétrécissement et s'engage en partie dans ce dernier, ce qui permet de l'inciser sur la rainure du curseur.

L'opération terminée avec ce même curseur, on explore le canal comme avec une bougie à boule, et on s'assure ainsi qu'il n'existe plus de portion rétrécie.

Cela fait, il s'agit d'introduire une sonde dans la vessie; pour arriver à ce résultat, laissant le conducteur en place, on enlève le curseur, et à l'extrémité supérieure du conducteur on adapte une simple tige qui, faisant corps avec le cathéter, permet de faire glisser jusque dans la vessie une sonde percée à son extrémité. On peut dès lors enlever le conducteur.

1 2 3 b' b a c c' l GALANTE l'

Grâce à cet instrument, les deux difficultés que présente l'uréthrotomie sont vaincues, à savoir :

1° Reconnaître le siége et l'étendue du rétrécissement; 2° introduire une sonde dans la vessie après l'opération.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1868

Présidence de M. LEGOUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.
Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Quatre volumes (I à IV) de *Med. Obs. and Inquiries* de la Société des médecins de Londres, et le tome Ier des Rapports de *London hospital*, offerts à la Société par M. Giraldès.

— Les journaux de la semaine.

— Le *Bulletin de Thérapeutique*.

— Le *Bulletin de la Société de médecine de Marseille*.

— Le *Sud médical de Marseille*.

— La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— Le troisième fascicule du tome VI des *Mémoires des Savants étrangers*, publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique.

— *Note sur les polypes fibreux de l'utérus*, par M. Ancelot, membre correspondant de la Société.

— M. Rouge, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne, adresse plusieurs brochures :

Perforation du palais et palatoplastie. — *Autoplasties diverses de la face*. — *Quelques mots sur l'uréthrotomie interne*. — *Anévrisme poplité guéri par la compression indirecte et intermittente*. — La collection pour 1867 du *Bulletin de la Société vaudoise de médecine*.

— M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire.

COMMUNICATION.

Fractures articulaires, résections.

M. VERNEUIL, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Duplay, sur le traitement des plaies des articula-

tions, présente un malade sur lequel il a pratiqué la résection du coude pour une plaie pénétrante, accompagnée de fracture, de l'articulation du coude.

Le nommé X..., 27 ans, vigoureux, bien portant, reçut, le 28 août 1867, un bloc de pierre pesant, sur le côté externe et postérieur du coude. Il en résulta une plaie à lambeau longue de 12 à 15 centimètres et mettant à nu la région externe du coude. Il existait, en même temps, un décollement étendu en haut, en bas et du côté de l'olécrâne. Les mouvements du coude étaient faciles, non douloureux.

On diagnostiqua une plaie simple, et on mit en usage l'irrigation continue, sans tenter de rapprocher les lèvres de la plaie.

Il ne survint pas d'accidents pendant les premiers jours. Le quatrième, on observa une rougeur diffuse et un gonflement de toute la partie décollée. Une contre-ouverture fut pratiquée du côté de l'olécrâne, et les cataplasmes substitués à l'irrigation continue. Il n'existait pas alors de symptômes généraux.

Le 6 septembre, du huitième au dixième jour, frissons, fièvre, gonflement phlegmoneux très-considérable, s'étendant en haut jusque vers le deltoïde, en bas jusqu'au tiers moyen de l'avant-bras; douleur dans les mouvements; teinte noirâtre du lambeau interne; inappétence; soif; état général assez alarmant.

J'explore de nouveau la région, et je constate une fracture de l'épicondyle et une ouverture étroite de l'articulation du coude au niveau de son côté externe.

Je me décide immédiatement à faire la résection, après avoir pris l'avis de mon éminent collègue, le docteur Vanzetti.

La plaie formait une incision naturelle sur le bord externe de l'article. J'y joins une incision perpendiculaire passant au niveau de l'olécrâne et dépassant cette apophyse en dedans. Le bistouri n'intéresse d'ailleurs qu'un tégument menacé de sphacèle et qui, en effet, se mortifia en grande partie.

L'opération fut très-laborieuse à cause de l'extrême solidité des ligaments. Je n'enlevai absolument que les surfaces articulaires, c'est-à-dire l'humérus au niveau d'une ligne réunissant le centre de l'épicondyle et de l'épitrochlée, puis la cupule radiale et le cubitus au même niveau, en respectant les insertions du brachial antérieur.

Je place le bras dans la demi-flexion, et je laisse la plaie articulaire largement ouverte. Pansement avec l'alcool camphré et la liqueur de Labarraque.

Les accidents inflammatoires locaux et les symptômes généraux tombent dans les trois jours suivants. Au cinquième jour, je ne crai-

gnais plus rien pour la vie. L'eschare tombe et met à nu largement l'extrémité inférieure de l'humérus; il en résulte une large plaie qui se couvre bientôt de belles granulations.

Le membre reste dans la gouttière à angle droit pendant un mois; au bout de ce temps, je le redresse pour rapprocher les bords de la plaie. A la cinquième semaine, le bras était si solide et la coaptation si exacte, que le malade pouvait sortir lui-même le membre de la gouttière, sans avoir besoin de le soutenir.

Je commençai alors à faire exécuter des mouvements, mais avec modération, pour ne pas entraver la cicatrisation de la plaie. Ces mouvements se faisaient dans l'étendue de 30 degrés au moins. J'envoie alors le malade à Vincennes, parce que des érysipèles régnaient dans les salles. Je lui recommande expressément de continuer à mobiliser son bras.

Ce malade est venu me voir dans le mois de janvier, à peu près complétement guéri; mais le membre a perdu de sa mobilité. Il existe une cicatrice adhérente au niveau de l'humérus; le membre est fléchi à angle obtus. Je me propose de le mobiliser ultérieurement.

Je communique cette observation comme exemple de l'efficacité de la résection dans les cas de plaie articulaire, lorsque l'arthrite purulente et le phlegmon de voisinage se sont développés.

Les phénomènes locaux et généraux cèdent très-promptement. Ce fait tend également à prouver que l'on remédie très-bien aux accipents en faisant l'opération au moment même où ceux-là sont déjà développés.

On peut donc attendre dans les cas de plaie articulaire et ne pas réséquer d'emblée, à moins de délabrement considérable.

M. Guérin a longtemps professé l'opinion de M. Verneuil sur les résections; mais, depuis, il a modifié sa pratique et a obtenu de beaux succès, grâce au drainage, dont il faut rapporter l'honneur à M. Chassaignac. Le drainage est un moyen puissant à mettre en usage, dans les plaies articulaires et les abcès des articulations.

Dernièrement, M. Guérin a dû traiter une grande collection purulente du genou. Il a pratiqué le drainage, des lavages ont pu alors être faits sans difficulté; la suppuration s'est écoulée facilement; il n'y a pas eu de fétidité, et le malade est en voie de guérison.

M. Guérin a encore, dans son service, un homme qui a eu une plaie étendue du bras et une suppuration de l'articulation du coude qui a été vaincue par le drainage. Sans ce moyen, il eût fallu avoir recours à la résection ou à l'amputation, ou le malade eût succombé.

M. Chassaignac. Ce que vient de dire M. Guérin me dispense de discuter, avec M. Verneuil, contre ce qu'il y a de trop absolu dans ses conclusions. Déjà, d'après les faits de ma pratique et celle d'autres chirurgiens, je rejette la résection, au moins de prime abord. Il faut essayer, comme moyen de transition, le drainage, et ce moyen peut devenir définitif.

M. Blot, il y a quelques années, a lu un travail, très-favorable à mon opinion. Il a prouvé qu'après l'emploi du drainage, dans des cas de suppuration articulaire, les mouvements s'étaient complétement rétablis.

Le point important, c'est d'agir de bonne heure, d'une façon hâtive.

M. Perrin. Je voudrais que M. Verneuil précisât son précepte, et qu'au lieu de dire : « Il faut pratiquer la résection au moment où apparaissent les accidents articulaires, » il dise plus radicalement : « Il faut réséquer dans tous les cas de plaies des articulations, car il est rare qu'on n'ait pas d'accidents articulaires. »

Quant à mon opinion personnelle, relativement à l'opportuuité de la résection, je la réserve entièrement.

M. Guyon. J'ai pu obtenir dernièrement un beau succès à la suite de l'emploi du drainage dans un cas de plaie du genou. J'avais pratiqué le redressement pour une arthrite purulente, je fis ensuite une ponction, et il s'en suivit une amélioration. Les accidents ayant reparu, M. Després, qui me remplaçait, pratiqua le drainage et le malade guérit parfaitement.

M. Trélat. M. Verneuil nous a présenté un malade atteint de plaie du coude avec fracture, chez lequel il a pratiqué avec succès la résection, et il a bien fait; mais de là à ériger en principe la résection dans le cas de plaie articulaire, il y a une grande distance. Il faut préciser quelles sont les articulations lésées et ne poser de préceptes que pour chaque articulation en particulier.

Ainsi la résection, favorable pour le coude, serait mauvaise pour le genou et ne devra être tentée qu'exceptionnellement pour l'articulation tibio-tarsienne.

Le drainage est un moyen très-utile, auquel j'ai fréquemment recours, mais il rentre dans la méthode plus générale des incisions évacuantes.

M. Demarquay. M. Verneuil a-t-il pu décoller le périoste dans le cas où il a opéré sur un sujet sain?

M. Verneuil. Je n'ai réséqué que les parties articulaires, et je ne me suis pas attaqué aux parties recouvertes de périoste. La question de conservation du périoste n'a pas été posée dans ce cas.

M. Demarquay. Je regrette que M. Verneuil n'ait pas fait de tentatives de conservation du périoste. Dans la dernière communication faite par M. Ollier, à la Société de chirurgie, ce chirurgien a dit avoir en cours d'observation un malade chez lequel il avait pratiqué, à la suite d'un traumatisme, la résection tibio-tarsienne. Il avait pu, chez ce malade, disséquer le périoste et rétablir les surfaces articulaires. J'ai tenté des résections de ce genre, et je n'ai pas été aussi heureux que M. Ollier. Je me demande comment, à Lyon, on obtient ce qui ne peut être obtenu à Paris. Je déclare que, pour mon compte, je n'ai jamais pu décoller le périoste d'un os sain, surtout au voisinage des articulations, sans produire des délabrements très-considérables.

M. Verneuil. Je voudrais qu'on distinguât l'emploi du drainage dans les abcès articulaires, de la résection appliquée aux cas de plaies articulaires avec fracture.

M. Blot. Il y a des cas où, malgré les accidents généraux les plus graves, on obtient la guérison d'arthrites suppurées par de larges incisions. J'ai observé un de ces faits dans le service de M. Nélaton, à la Clinique.

Il faudrait indiquer rigoureusement dans quels cas la résection doit être mise en usage, dans quel cas le drainage doit être utile. Il faut tenir compte de la question du rétablissement des mouvements.

On peut se demander, dans le cas de M. Verneuil, si c'est la résection ou bien seulement les larges débridements qui l'ont accompagnée, qui ont fait tomber les accidents généraux.

M. Larrey. J'ai recherché de tous côtés, depuis deux ans, des observations complètes et probantes de ces sortes de lésions, surtout en ce qui concerne l'articulation du genou. J'ai vu qu'on pouvait obtenir des succès très-inattendus dans un grand nombre de cas. Ces succès commandent une certaine réserve dans l'application de la résection et de l'amputation. Il faut d'abord faire usage de toutes les ressources dont nous pouvons disposer.

Il faut bien, dans ces cas, se garder de confondre l'*expectation* avec la *chirurgie conservatrice*. La première semble être oisive, inactive; la seconde doit, par les efforts les plus actifs, les plus énergiques, tâcher d'éviter les opérations.

M. Lefort. M. Verneuil nous a présenté un malade qui avait eu une fracture du conde avec plaie pénétrante. Au dixième jour de la blessure, deuxième jour des accidents, il a réséqué. Que fallait-il faire ?

La fracture n'intéressait que l'épicondyle. Fallait-il faire alors de la chirurgie conservatrice, faire des incisions, ou pratiquer la résec-

tion? Les incisions faites sur l'articulation du coude n'ouvrent pas aussi largement l'articulation qu'au niveau du genou. Si la résection avait dû être pratiquée, celle de l'olécrâne, au plus, eût suffi.

Nous savons que les amputations, les résections faites au moment de la fièvre, donnent de mauvais résultats; aussi, je crois que, dans les circonstances où se trouvait M. Verneuil, il eût mieux valu ne faire que des débridements, du drainage ou de l'irrigation continue; mais pas la résection. Cependant, ce fait prouve qu'on peut guérir les malades dans ces conditions.

M. Panas. J'ai réséqué un coude, pour cause traumatique. Il existait une fracture intra-articulaire multiple, avec plaie de l'articulation, contusion violente.

La résection a porté sur les trois os. Je pensais mettre ainsi mon malade à l'abri d'accidents formidables, mais il a succombé à la suite du développement d'un phlegmon étendu et de fusées purulentes.

La résection avait été faite trois jours après l'accident, avant que la réaction inflammatoire fût violente. J'indique ce fait pour l'opposer aux faits favorables cités par M. Verneuil.

M. Verneuil. J'entends parler ici des plaies articulaires compliquées de fractures. Je demande ce que j'aurais pu faire dans le cas actuel. Mon malade arrive avec un traumatisme grave. On pratique l'irrigation. Surviennent les phénomènes inflammatoires, on fait des ouvertures. Alors se développent des accidents généraux, graves; c'est à ce moment que j'explore de nouveau la plaie avec mes doigts et que je constate la fracture.

J'ai pensé qu'on ne pouvait pas mettre un drain entre les surfaces articulaires du coude. Je crois également qu'on ne peut diviser, ouvrir largement l'articulation du coude. Restait la résection : en réséquant seulement l'olécrâne, l'opération n'eût pas été suffisante pour ouvrir largement l'articulation. J'avais déjà obtenu trois succès, à la suite de la résection des trois os; j'ai agi de même dans ce quatrième cas, et j'ai réussi.

Eh bien! dans les cas de fractures graves du coude, l'on a le plus souvent un cal vicieux, et une ankylose consécutive; les malades suppurent longtemps, et, s'ils guérissent, c'est avec un coude détestable.

Dans ces circonstances, la résection n'augmente pas les chances de mort. Chez mon malade, les symptômes étaient formidables, et tous ont cédé après l'opération.

M. Forget. Je voudrais savoir quel était exactement l'état des surfaces articulaires que M. Verneuil a enlevées. Le phlegmon si grave

qu'on a observé avait-il pour point de départ l'articulation? Y avait-il du pus dans l'articulation?

M. Trélat. Dans le cas particulier dont il s'agit, vu l'état des choses, j'estime que M. Verneuil a bien agi; mais il ne faudrait pas généraliser.

M. Verneuil. Les surfaces articulaires étaient extrêmement serrées et il n'y avait pas de pus dans l'articulation.

M. Demarquay. M. Verneuil a surtout été entraîné à pratiquer la résection par l'intensité des phénomènes d'étranglement. Eh bien, des incisions, des débridements à l'air libre, à l'aide d'un ténotôme, auraient pu vaincre l'étranglement. Cette pratique, qui était suivie par Roux, par Blandin, m'a réussi dans un cas de plaie du genou.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeurs à myéloplaxes.

M. Guérin présente une *tumeur à myéloplaxes*. Il s'agit d'une épulis, qui avait pris naissance dans le périoste alvéolo-dentaire de la mâchoire supérieure, ce qui semble en contradiction avec l'opinion des micrographes et en particulier de M. Charles Robin, M. Guérin a enlevé la dent et l'os qui entourait l'implantation de la tumeur dans une très-grande étendue, pour éviter la récidive. Le point d'implantation était sur la dent; en enlevant celle-ci de bonne heure, on aurait eu grande chance d'enlever tout le mal.

M. Guyon a enlevé tout récemment une épulis à myéloplaxes de la mâchoire supérieure. Il rappelle la thèse de M. Nélaton, neveu, qui a publié un grand nombre de faits de cette nature.

M. Léon Labbé. M. Eugène Nélaton a, depuis 1860, époque à laquelle il a soutenu sa thèse, tenu les chirurgiens au courant du résultat définitif des opérations qui avaient été pratiquées chez les malades dont il a tracé l'histoire. En 1865, il a fait connaître l'état de ces malades, et dernièrement il a fourni de nouveaux renseignements sur ce sujet. Les résultats qu'il a constatés démontrent que les tumeurs à myéloplaxes sont essentiellement bénignes. Elles ne récidivent pas lorsqu'on a eu le soin de dépasser les limites du mal.

M. Larrey a publié, il y a bien des années, un cas d'épulis, dans lequel il a cautérisé assez énergiquement la surface d'implantation.

M. Forget ne croit pas que l'on connaisse bien l'élément générique

de ces tumeurs, ce qui expliquerait les différences que l'on peut observer au point de vue de la récidive.

Autrefois, on confondait toutes ces tumeurs sous le nom de sarcôme. Cependant dès lors on les enlevait largement, et, sans connaître la nature de la maladie, on agissait comme si on la connaissait.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Staphylôme pellucide de la Cornée.

M. Meyer. Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie a été atteint d'un staphylôme de la cornée dont les premiers symptômes remontent à plus de sept ans. A cette époque, le malade, s'apercevant que sa vue faiblissait de plus en plus, vint à Paris consulter notre regretté confrère M. Follin, qui, diagnostiquant immédiatement le kératoconus, conseilla le repos des yeux, l'usage des lunettes sténopéiques, et dit franchement au malade qu'il n'y avait rien à faire. Et, en effet, les moyens connus jusqu'alors tentaient toujours à neutraliser autant que possible les effets funestes que l'affection de la cornée exerce sur la vision, ou à empêcher les progrès du staphylôme sans attaquer ce dernier même. On avait bien proposé d'exciser une portion de la cornée avec ou sans suture consécutive, mais ces opérations, devant nécessairement mettre l'organe en danger, n'avaient jamais été exécutées. Ce n'est qu'en 1866 que M. de Graefe conseilla une nouvelle méthode, se basant sur l'aplatissement de la cornée que l'on voit survenir après des abcès de cette membrane, et publia en même temps un cas où il avait obtenu un résultat très-encourageant.

Lorsque le malade, ici présent, vint me consulter au mois d'octobre dernier, la vision de son œil avait tellement souffert qu'il ne pouvait plus reconnaître les personnes qu'il touchait de la main, et comme les moyens optiques ne présentaient plus d'efficacité, je me décidai à l'opération proposée par le savant professeur de Berlin. Le 19 novembre 1867, j'enlevai, à l'aide d'une aiguille en forme de curette (fig. 1), un petit morceau large de 3 millimètres à peu près de la surface de la cornée au-dessous du sommet du cône, sans pénétrer dans la chambre antérieure.

A ce même endroit, je cautérisai deux jours plus tard, et à partir

de ce moment, tous les deux ou trois jours, très-légèrement avec un crayon de nitrate d'argent mitigé. Ne voyant arriver aucune réaction inflammatoire, j'enlevai, dix jours après, un second morceau de la cornée de la même grandeur que le premier et sans perforer la membrane de Descemet. Il se forma alors peu à peu une petite infiltration que j'entretins à l'aide de fomentations chaudes et de légères cautérisations. Quand je vis ce petit abcès artificiel prêt à amener une perforation spontanée, je pratiquai, le 20 décembre, la paracentèse de la chambre antérieure, et je répétai cette ponction à plusieurs reprises, jusqu'au 1er janvier de cette année. A partir de ce jour, je ne mis plus d'obstacle à la guérison de la petite plaie. La rétraction du tissu cicatriciel provoqua rapidement l'aplatissement du staphylôme qui avait complétement disparu vers le milieu de janvier. La cornée montre maintenant, à l'endroit du staphylôme primitif (fig. 2), une taie qui est encore en voie de régression (fig. 3) et la courbure de la cornée est devenue normale (fig. 4).

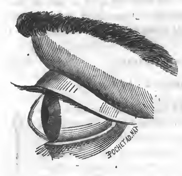


Fig. 2. — Staphylôme pellucide de la cornée avant l'opération.

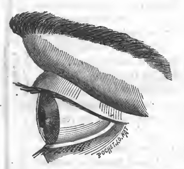


Fig. 3. — Aspect de l'œil, vu de profil, après l'opération.

Quant à la vision, le malade que je soumets à l'examen de la Société de chirurgie, lit aujourd'hui sans difficulté une écriture fine (Jaeger, n° 9) à la distance ordinaire, et reconnaît même les caractères les plus fins (Jaeger, n° 1). Pendant la durée du traitement, qui a été de deux mois à peu près, le malade portait un léger bandage sur l'œil et venait ainsi tous les jours chez moi pour se faire soigner.

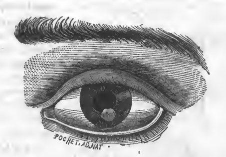


Fig. 4. — Le même œil, vu de face, après l'opération.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Ciseaux bronchotomes.

Cet instrument a été construit d'après les données de M. Amédée Tardieu, interne des hôpitaux, par M. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie.

Il est destiné à faire la trachéotomie, tout spécialement chez les enfants, dans les cas difficiles.

Il se compose de deux branches de ciseaux rapprochées par une articulation mobile : l'une des branches est terminée par une pointe en tenaculum ; c'est la branche principale.

L'autre branche ressemble à une branche de ciseaux ordinaires, et sa lame peut être terminée un peu en ligne courbe.

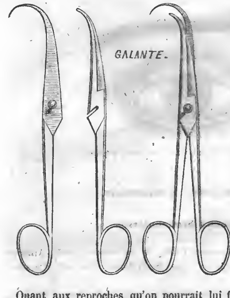
Avec cet instrument, on fait la trachéotomie de la façon suivante :

L'enfant est couché sur le dos; la face antérieure du cou est tendue par la projection en arrière de la tête tenue par un aide. Un autre aide tient les mains.

Dans un premier temps, le chirurgien, se plaçant près de la tête de l'enfant, saisit la trachée entre le pouce et l'index de la main gauche. Quel que soit l'embonpoint de l'enfant, on peut toujours fixer solidement la trachée.

Le chirurgien prend alors de sa main droite la branche de ciseaux terminée en tenaculum, et enfonce la pointe de bas en haut dans les tissus. Une sensation spéciale le prévient qu'il est dans la trachée.

Dans un deuxième temps, le chirurgien fait glisser de bas en haut dans la trachée la pointe du tenaculum, et la fait ressortir au point où il veut, au niveau dn cartilage par exemple. Il lui est plus commode pour ce temps d'être à droite de l'enfant.



Enfin, dans un troisième temps, le chirurgien articule la seconde branche à la première et coupe d'un seul coup la peau, les tissus sous-jacents et la trachée. Cet instrument rend la trachéotomie prompte et facile chez les enfants. Moins que tout autre procédé il expose aux hémorrhagies.

Quant aux reproches qu'on pourrait lui faire, l'expérimentation, mieux que les arguments, en aura facilement raison. Elle fera voir en même temps les avantages réels qu'offre ce modeste instrument, comparé aux autres appareils employés pour la trachéotomie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Une lettre de M. S. Duplay, qui se porte candidat à la place de membre titulaire actuellement vacante.

— Les journaux de la semaine.

— L'*Union médicale de Provence.*

— Le compte rendu des travaux de la *Société médicale de Clermont-Ferrand.*

— Un tirage à part de l'article *Autoplastie*, par M. Verneuil, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.*

— Observations de *Trachéotomie dans la dernière période du croup*, par M. Calvet, chirurgien en chef des hôpitaux de Castres.

— Une brochure sur la *Vaccine et la manière de pratiquer cette opération*, par le docteur Martinenq.

— Un dictionnaire de poche allemand, italien et français, sous le titre : *Petit dictionnaire pour l'infirmier volontaire des blessés en guerre.*

— Le tome XXXII du *Bulletin de l'Académie impériale de médecine.*

— M. le docteur Lombard adresse une note manuscrite relative à la *reproduction des os par le périoste.* Cette note est accompagnée d'une clavicule extraite à un enfant.

— M. Broca dépose sur le bureau, de la part de M. le Directeur de l'Assistance publique, les deux premiers volumes de la *Statistique médicale des hôpitaux de Paris* (années 1861 et 1862).

M. Larrey. La statistique des hôpitaux civils de Paris nous fournit déjà des documents et des renseignements très-intéressants: leur importance et leur intérêt ne fera que s'accroître; mais il serait important de pouvoir y joindre celle des hospices de convalescence de Vincennes et du Vésinet. Cela serait d'autant plus nécessaire, que beaucoup d'amputés vont terminer leur guérison dans ces deux établissements, et que c'est là surtout où l'on peut étudier les résultats éloignés fournis au point de vue de l'utilité des membres par diverses amputations.

Il serait d'un intérêt considérable de posséder, d'une manière aussi complète que possible, la statistique de nos hôpitaux civils et militaires qu'on pourrait ainsi comparer.

M. Broca. Au point de vue scientifique, il serait désirable que les vœux de M. Larrey puissent être remplis; mais les hôpitaux de Vincennes et du Vésinet dépendent directement du Ministère de l'Intérieur; l'administration des hôpitaux ne peut y intervenir, et il serait difficile, sinon même impossible pour le moment, d'obtenir à Vincennes et au Vésinet la rédaction d'une statistique sur les mêmes bases et dans le même cadre que celle de l'Assistance publique.

M. Larrey. La Société de chirurgie obtiendra probablement sous

peu l'audience qu'elle a demandée à S. Exc. M. le Ministre de l'Intérieur; peut-être alors pourrait-elle utilement appeler son attention sur ce point.

M. Marjolin. Beaucoup de nos malades, sachant que l'asile de Vincennes est dans de meilleures conditions hygiéniques que nos hôpitaux, s'y rendaient pour y prendre un air plus salubre et aussi pour s'y faire opérer. M. Laborie a pratiqué, à l'Asile impérial, un assez bon nombre d'opérations et avec beaucoup de succès. Il serait à désirer qu'on pût, avec les registres de cet établissement, compléter les notes que notre regretté collègue a laissées sur ce sujet. Cela doit être possible. Tous les mois, on nous présente a signer une feuille sur laquelle se trouvent inscrites les opérations que nous avons pratiquées pendant le mois précédent. Il me paraît plus que probable qu'on a dû tenir note, à Vincennes, des opérations faites.

M. Léon Lefort. L'administration, en entreprenant l'important travail dont elle vient, par l'intermédiaire de M. Broca, de nous soumettre les premiers résultats, est entrée dans une voie excellente, et nous devons l'aider de toutes nos forces à y persévérer. Je n'ai pas à signaler les imperfections de la statistique qui nous est soumise, je ne voudrais même pas le faire, car il y aurait injustice à demander qu'on arrivât du premier coup à la perfection dans une œuvre aussi délicate. La statistique des hôpitaux de Paris ne peut être bonne que si les éléments qu'on fournit à l'administration sont absolument sérieux; colliger plusieurs milliers de fiches statistiques isolées est un travail dont on ne peut sortir qu'avec la plus grande difficulté. Il serait à désirer que nous vinssions en aide à l'administration en lui remettant chaque année, sous forme de rapports, la statistique, faite sur un cadre uniforme, de nos services respectifs.

M. Després. La statistique est faite à l'administration centrale, longtemps après que les malades ont quitté les hôpitaux; lors donc que les feuilles individuelles portent des indications insuffisantes, il est trop tard pour les compléter. Aussi trouvons-nous, dans les tableaux publiés, beaucoup de désignations vagues : phlegmons, sans autre spécification; amputation des doigts, sans qu'on puisse savoir s'il y en a un ou plusieurs d'amputés. Je soumets ces *desiderata* à M. Broca, puisqu'il est, à l'administration, le directeur de la statistique.

Il serait désirable que la statistique fût faite, dans chaque hôpital, au fur et à mesure de la sortie des malades, par un employé spécial.

M. Verneuil. L'administration a supprimé, pour les concours des prix de l'internat, une épreuve excellente : celle du mémoire inédit,

remis par chacun des candidats. Elle pourrait, avec avantage, rétablir cette épreuve sous la forme d'un prix de statistique et récompenser les internes qui fourniraient les meilleurs documents.

M. Giraldès. L'administration est entrée dans une voie utile, mais les lacunes que présentent ses statistiques ne sont pas de son fait. Elle ne peut mettre en œuvre que les documents qui lui sont fournis, et ils ne sont pas toujours rédigés avec un soin suffisant. M. Le Fort disait qu'il faudrait faire la statistique générale au moyen de statistiques partielles; je suis de son avis. Il y avait autrefois, dans le service de Dupuytren, l'interne chargé du service des observations; c'est une organisation à laquelle nous pourrions avec avantage emprunter quelques améliorations à l'état de choses actuel.

M. Trélat. Le tableau numéro 10 comprend les hôpitaux généraux desquels on a éliminé les services de chirurgie, les hôpitaux spéciaux, comme les cliniques et Saint-Louis: il y a là un *desideratum* qui ne tient qu'à une question de forme, mais qu'il serait utile de faire disparaître, car les services de chirurgie de ces hôpitaux n'ont rien de spécial qui les distingue de ceux des autres établissements tels que Beaujon, l'Hôtel-Dieu, la Charité, etc.

Quant aux statistiques partielles que demande M. Le Fort, elles me paraissent inférieures aux fiches individuelles, mais il faut que ces fiches soient exactes et bien faites.

M. Després insiste sur l'utilité d'un employé spécial chargé, dans chaque hôpital, du dépouillement des feuilles de statistique.

M. Broca. L'organisation générale de la statistique a été faite par une commission dont je faisais partie, mais je ne suis en aucune façon directeur de la statistique. Je me suis occupé seulement du dépouillement des opérations chirurgicales; je me suis borné, tout à l'heure, à demander à mes collègues si, dans ces tableaux, ils ont quelques modifications à conseiller à l'administration.

Comme le dit M. Després, il y a inconvénient à ce que le dépouillement et le classement soient faits si longtemps après que les malades ont quitté l'hôpital; mais ces retards ne vont pas tarder à disparaître. Dans les premières années, on manquait d'habitude, on découvrait à chaque instant, dans les fiches, des lacunes et des erreurs, et on a attendu, pour publier la première année, que le dépouillement de la seconde année fût achevé. Aujourd'hui, on peut marcher plus vite et mieux, car les feuilles statistiques sont mieux faites; les préventions qui régnaient au début sont effacées ou tendent à disparaître; nous n'en sommes plus à l'époque où Dupuytren regardait comme une injure personnelle un regard (indiscret, suivant lui,) jeté sur les

résultats de sa pratique hospitalière; tous, aujourd'hui, nous acceptons la responsabilité de nos œuvres.

J'avais demandé la suppression du relevé mensuel des observations, car ce relevé est presque toujours inexact et il fait double emploi; mais par cela même que la statistique est en retard, le relevé mensuel est indispensable, car il faut que, dans l'année même, l'administration puisse, s'il en est besoin, savoir quelles opérations ont été pratiquées dans les hôpitaux.

Contrairement à ce qu'a dit M. Le Fort, je crois les fiches individuelles préférables à une statistique faite pour chaque service annuellement par chaque chef de service; mais il faut que les feuilles soient exactement faites. Quant à moi, je fais faire l'en-tête par un externe, et j'en remplis les blancs moi-même. Si nous faisions nous-mêmes nos statistiques, elles ne concorderaient pas; sans doute il n'y aurait pas d'erreurs sur les chiffres absolus des guéris ou des morts; mais les classifications différeraient pour chaque service, il n'y aurait aucun ensemble; il vaut donc mieux que ce soit une même personne qui verbalise toutes les fiches et fasse la statistique sous des rubriques identiques pour tous les hôpitaux.

M. Léon Lefort. Je ne saurais me ranger de l'avis de M. Broca. Une statistique exacte est bien plus facile à faire par celui qui a soigné le malade que par un étranger, quelque intelligent qu'il puisse être. Il ne s'agit pas de substituer nos statistiques à celles de l'assistance publique; l'administration doit, dans cette œuvre, être secondée de tous nos efforts; continuons à lui fournir les fiches statistiques qu'elle nous demande, et faisons-les les plus exactes possibles, c'est notre devoir et notre désir à tous; mais je soutiens qu'il serait utile que chacun de nous fît, chaque année, sa statistique partielle, et toutes ces statistiques concorderont si nous suivons un cadre uniforme. Or, précisément ce que je demande, c'est que nous nous entendions tous pour discuter et accepter le même cadre, ainsi que cela a été fait récemment en Angleterre pour beaucoup d'hôpitaux. L'œuvre de la commission a des lacunes et des imperfections que nous pourrions faire disparaître en mettant nos efforts en commun, aujourd'hui que nous avons en statistique chirurgicale l'expérience qui, il y a quelques années, nous manquait à tous. Depuis quatre ans, je fais moi-même ma statistique, que je remets, à la fin de l'année, à l'administration; c'est un travail de quelques minutes chaque jour, au moment où nous signons nos cahiers de visite.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur hypertrophique des glandes sudoripares.

M. Demarquay présente une tumeur du volume d'un œuf, qu'il a enlevée dans la région de l'aine d'un homme âgé de 55 à 56 ans. Ce malade avait été adressé dans le service de M. Demarquay comme étant affecté d'une tumeur cancéreuse. La première impression avait été, en effet, que la tumeur qui était bosselée, irrégulière, exulcérée, était cancéreuse. Mais un examen plus attentif modifia le diagnostic, et il fut en effet facile de constater, après l'ablation du mal, que le produit pathologique était formé par l'hypertrophie des glandes sudoripares. C'est ce qui résulte de la note suivante, qui a été rédigée par M. Bouchard, après un examen attentif de la tumeur au microscope.

La tumeur est constituée par une substance rougeâtre un peu pulpeuse, appliquée sur la face profonde du derme, dont elle pénètre le tissu par des prolongements coniques qui s'insinuent dans ses alvéoles et qui lui adhèrent intimement. Cette masse est libre par la face qui repose sur le tissu cellulo-adipeux sous-cutané.

Son tissu est un peu friable et assez difficile à dilacérer à cause de la résistance du tissu conjonctif, qui semble le cloisonner et le diviser en lobules, à cause aussi de la fragilité de la substance propre.

Cette substance est constituée par des tubes de diamètre variable dépassant en général celui des glandes axillaires. Ils sont flexueux, entrecroisés, pelotonnés. Leur membrane, d'enveloppe anhiste, très-mince, très-transparente, est doublée extérieurement d'un tissu conjonctif peu abondant où prédominent les fibres lamineuses et les cellules fusiformes, dont les prolongements sont très-longs et très-grêles.

L'intérieur des tubes est rempli par des cellules étroitement tassées les unes sur les autres, ce qui donne à leur ensemble une disposition pavimenteuse. La masse que constituent ces cellules est d'un brun rougeâtre par transparence un peu opaque, et paraît de distance en distance, tachée d'amas de granulations graisseuses et pigmentaires. Les cellules obtenues à l'état d'isolement sont caractérisées par un noyau sphérique ou légèrement ovoïde entouré d'une masse cellulaire très-exactement appliquée sur le noyau, ce qui, au premier abord, ne permet pas de la distinguer nettement. Quelques-unes de ces cellules sont franchement polyédriques; quelques-unes enfin, plus anguleuses, émettent des prolongements assez grands qui s'insinuent entre d'autres éléments semblables.

M. Verneuil. Les adénomes sudoripares sont fréquents, et cela

explique les idées anciennes sur la non-reproduction et la bénignité de certaines tumeurs de la peau, dites cancéreuses. Les signes cliniques sont clairs quand la tumeur siége à la face; dans certaines régions, comme à l'aisselle, on les diagnostique d'autant plus facilement, qu'on s'attend à les trouver; mais on éprouve de grands embarras quand la tumeur siége au milieu des téguments du tronc. J'ai vu, sur le sternum, une de ces tumeurs datant de quatorze ans. Leur marche est extrêmement lente; elles sont indolentes souvent, même au toucher; la peau est intacte à une petite distance; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire, pas de développement papillaire autour des ulcérations. Les épithéliomes siégent surtout aux environs des orifices.

Nous avons encore à faire l'histoire clinique des tumeurs sudoripares siégeant sur les membres.

Hypertrophie du cartilage d'ossification.

M. Broca présente une pièce pathologique offrant les particularités suivantes :

Elle provient d'un jeune homme de 19 à 20 ans, atteint, depuis dix ans, d'une tumeur blanche du genou, et auquel M. Broca a fait l'amputation de la cuisse. En examinant l'articulation, après l'avoir sciée longitudinalement, on voit une petite masse blanche, cartilagineuse, située au-dessous de la surface articulaire du tibia, au voisinage du point d'insertion du tendon rotulien et ayant une direction parallèle à l'axe du tibia. Elle paraît être due à l'hypertrophie de l'une des deux lames cartilagineuses d'ossification qui séparent la diaphyse de l'épiphyse supérieure de l'os. Bien que cette lame soit le produit d'un état pathologique, sa structure est celle du cartilage normal.

M. Després croit qu'il s'agit d'une néoplasie cartilagineuse et non d'une simple hypertrophie, néoplasie dont il a déjà vu un exemple, et qui serait due à l'inflammation.

M. Broca ne croit pas qu'il s'agisse d'une néoplasie, puisque la lame cartilagineuse normale est une dépendance du cartilage épiphysaire normal.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr Léon Le Fort.

SÉANCE DU 4 MARS 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

— Des lettres de MM. Ed. Cruveilhier et Paulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, qui se portent candidats à la place vacante de membre titulaire.

— Les journaux de la semaine.

— Le *Bulletin de thérapeutique*; les *Archives générales de médecine*; la *Gazette medicale de Strasbourg*.

— Le *Bulletin de la Société médicale de Reims*, pour 1867.

— M. Dolbeau dépose, de la part de M. le docteur Langlebert, un livre intitulé : *Aphorismes sur les maladies vénériennes*.

— M. Larrey remet, de la part de M. Isnard, membre correspondant, une brochure in-4° ayant pour titre : *Rapport d'une commission nommée par la Société des sciences médicales de la Moselle pour l'examen d'une question de responsabilité médicale*, etc.

M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire.

DISCUSSION.

Statistique chirurgicale des hopitaux.

A l'occasion du procès-verbal, M. Chassaignac revient sur la question de la *statistique chirurgicale des hôpitaux*.

M. Chassaignac. Il y a près de six années (séance du 2 juin 1862), je vins déclarer à la Société de chirurgie que, jusqu'à cette date de 1862, la statistique opératoire des hôpitaux de Paris était entachée de très-graves inexactitudes.

Jusqu'à ce jour, en effet, cette statistique n'avait eu pour bases que les pancartes des malades et les relevés mensuels de chaque service.

Or, j'avais acquis la certitude que ces bases n'étaient point exactes. Elles étaient fausses par des motifs qui, malheureusement, étaient restés inconnus jusqu'à cette époque.

C'est par la confrontation des registres officiels de l'administration avec un registre tenu jour par jour pendant huit années que j'ai été mis sur la voie de l'erreur que je signale et dont voici la source :

Chaque fois qu'une opération est pratiquée, cette opération doit être inscrite sur la pancarte du malade, et c'est cette pancarte qui, portée au bureau de l'hôpital par les soins de la religieuse de chaque salle, devient la base du relevé mensuel. Or, qu'arrive-t-il? Souvent la religieuse, préoccupée de tout autre devoir, omet de faire inscrire l'opération sur la pancarte, d'envoyer celle-ci au bureau, et chacun de ces manquements entraîne la disparition des traces de ce qui s'est passé. Quand, à la fin du mois, on présente à la signature du chef de service la liste presque toujours incomplète des opérations, il signe l'état mensuel, qui ne présente rien d'absolument faux, en ce sens qu'on y aurait mentionné des opérations imaginaires ou indiqué, au sujet des opérations faites, une issue différente de celle qui a réellement eu lieu, mais qui est tout à fait inexacte en ce sens qu'une partie des opérations pratiquées y est omise.

Et qu'on ne croie pas que ces omissions ne portent que sur des opérations de peu d'importance. J'ai constaté des lacunes ayant pour objet des amputations de cuisse, des résections considérables, des ablations de tumeurs volumineuses du col, de l'aisselle, du sein, etc.

La statistique, faite dans ces conditions, fourmillait d'inexactitudes, et elle ne méritait pas la confiance que lui avaient accordée certains chirurgiens, et entre autres Malgaigne.

Grâce aux mesures prises par l'administration, de concert avec une commission composée de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, et dont MM. Broca, Chassaignac, Depaul et Marjolin faisaient partie, de pareilles erreurs ne pourront plus avoir lieu.

M. Depaul. La statistique ne sera utile qu'à la condition d'être bien faite. Il existe certaines causes d'erreurs qu'il est bon de citer pour faire voir à quels singuliers résultats conduit la statistique, quand elle n'est pas entourée de toutes les conditions nécessaires.

Dans les volumes qui viennent d'être publiés par l'administration, j'ai examiné les tableaux relatifs aux accouchements pratiqués à la Maternité et à la Clinique. Eh bien! j'ai vu que, d'après ces tableaux, les femmes accouchent plus rapidement à la Maternité qu'à la Clinique. Les primipares accoucheraient après sept ou huit heures de travail à la Maternité, après douze à quinze heures seulement à la Clinique. On le voit, il existe là une grande différence. Ce qui peut l'expliquer, c'est la manière de faire les observations. Or, jusqu'à ce jour, les observations étaient mal faites à la Maternité.

A la Clinique, lorsque je n'ai pas soin de vérifier les feuilles, on fait également accoucher les primipares en sept ou huit heures. C'est que, dans ces cas, on indique comme début du travail une époque où il est

déjà à moitié accompli, c'est-à-dire le moment des grandes douleurs.

Pour que ces statistiques aient de la valeur, il faut absolument qu'elles soient faites par les médecins.

M. Trélat. L'observation de M. Depaul est fort juste; mais il faut bien dire que la statistique et le dénombrement d'observations ne sont pas la même chose. Le recueillement et le dénombrement des observations doivent être faits par les médecins; quant à la statistique, on peut l'abandonner à des personnes compétentes, quoique étrangères à la médecine.

M. Le Fort. J'insiste sur la proposition que j'ai faite dans la précédente séance. Je propose formellement à la Société de chirurgie de nommer une commission chargée de dresser le cadre dans lequel on devra ranger tous nos documents statistiques.

La statistique de l'administration est faite à un autre point de vue que celle des médecins et des chirurgiens.

M. Chassaignac. Il faut bien savoir qu'il y a des statistiques que l'on peut appeler *désintéressées*, et d'autres qui ne le sont pas. Ainsi, on a rapporté des succès extraordinaires à la suite des amputations, de l'uréthrotomie, etc.

Il existe des statistiques que j'appelle *entrecoupées*. On fait connaître une série heureuse d'opérations, et on passe sous silence une série malheureuse. Ces statistiques ne valent rien.

Les seules qui doivent être acceptées sont les statistiques *intégrales*, comme celles que paraît devoir nous donner M. Koeberlé, relativement à sa pratique de l'ovariotomie.

Que valent les statistiques faites avec les faits publiés çà et là dans les journaux? Rien, absolument rien; car souvent on ne publie que les faits de guérison, quand il s'agit de cas exceptionnels; aussi peut-on arriver à ce résultat extraordinaire, de constater la réussite presque constante d'opérations de la plus haute gravité. Ainsi, certaines statistiques ont fait de la résection du genou une opération moins grave que la résection du poignet ou l'amputation sus-malléolaire.

M. Marjolin. La Société de chirurgie ferait bien d'appuyer la proposition de M. Lefort. Il est à désirer qu'il existe au sein de la Société de chirurgie une *commission de statistique*.

Tous nos hôpitaux sont encombrés, et c'est là certes une cause d'insuccès en médecine et en chirurgie, et voilà cependant des choses que ne nous dit jamais le compte moral de l'administration de l'assistance publique.

Il faut que la vérité soit connue, que l'on publie hardiment les faits qui dénotent le mauvais état de nos hôpitaux, et il est fâcheux que

les médecins aient consenti à voir disparaître de leurs procès-verbaux les révélations qui avaient eu lieu pendant trois séances de la Société des médecins des hôpitaux, lors de la discussion sur les maternités.

M. Larrey. Je m'associe à la proposition de M. Lefort, élargie par M. Marjolin. Je demande qu'il soit nommé une commission que l'on appellerait *commission permanente de statistique chirurgicale.*

La Société prend en considération cette proposition. Prochainement, il sera procédé à la nomination de cette commission.

COMMUNICATION.

Calcul vésical enkysté recouvert par des couches nombreuses et épaisses de fibrine et de mucus coagulé, avec mélange de nombreux grains de carbonate de chaux et de cristaux d'hématoïdine.

M. Marjolin. Le fait dont j'ai à vous entretenir m'a semblé assez rare pour m'engager à faire appel à vos souvenirs, afin de savoir si, parmi les nombreux cas de calculs urinaires que chacun de vous a pû observer, il s'en est trouvé un analogue à celui que je soumets à votre examen.

Dans les derniers jours de février 1868, un enfant de 2 ans, portant toutes les traces de la douleur et de l'épuisement, m'était amené à la consultation de l'hôpital par sa mère, qui venait de le retirer de nourrice.

Au dire des parents, sa maladie datait de trois mois; il était très-altéré, et tout ce qu'il prenait il le vomissait; il était tourmenté par des douleurs abdominales très-vives et une grande gêne dans l'émission des urines, qui s'écoulaient d'habitude involontairement.

L'enfant était maigre, pâle, les yeux caves, dans une agitation continuelle, poussant des plaintes; le ventre était distendu, météorisé, très-douloureux, principalement dans le flanc droit. Au niveau de la région suspubienne, la matité était bien nette, et on sentait que la vessie était pleine, formant une tumeur bien distincte. Les parents assuraient que l'enfant avait encore uriné récemment. Questionnés pour savoir si le petit malade avait rendu des graviers, ils me répondirent qu'ils n'en savaient rien, mais que l'enfant avait eu des abcès à la vessie, et qu'il avait rendu du pus dans ses urines.

Avant de porter un diagnostic, je commençai par vider la vessie, pour connaître quelle pouvait être la cause de cette rétention d'urine; le cathétérisme s'opéra très-facilement, et de suite une grande quantité d'une urine trouble fut projetée au loin, par l'ouverture de la

sonde, et entre la sonde et l'urèthre; la vessie se contractait énergiquement. Avant qu'elle fût complétement revenue sur elle-même, j'explorai avec soin sa cavité, pour savoir s'il n'existait pas de calcul ou de tumeur et, en même temps, j'introduisis mon doigt dans le rectum. Bien que mon attention fût éveillée par ces symptômes présentés par le petit malade, la sonde ne me donna d'autre sensation que celle qui aurait été le résultat du contact d'une colonne charnue saillante placée vers la partie postérieure et médiane de la vessie.

J'abandonnai donc l'idée d'un calcul, et je pensai, d'après les commémoratifs donnés par ses parents, qu'il y avait eu très-probablement une néphrite compliquée de péritonite et d'un abcès communiquant avec les voies urinaires. D'après cela, j'engageai les parents à faire admettre leur enfant en médecine.

Contre mon attente, je trouvai le lendemain le petit malade dans mon service; l'abondante évacuation d'urine de la veille l'avait un peu soulagé, mais malgré cela l'état général était tout aussi grave, et, de plus, l'enfant était épuisé par une diarrhée continue. Dès lors, vu la situation désespérée du malade, je dus me borner à faire la médecine des symptômes, cherchant autant que possible à calmer les accidents et prenant chaque jour le soin de vider la vessie.

A plusieurs reprises, j'explorai encore avec soin la vessie, mais jamais je n'éprouvai cette sensation si caractéristique de la sonde heurtant contre un calcul. Les symptômes graves persistèrent, malgré tout ce que je leur opposais, et, sept jours après son entrée, l'enfant succomba.

Jusqu'à l'ouverture, je persistai dans mon diagnostic, et l'autopsie prouva que j'avais eu en grande partie raison; les reins, principalement le droit, présentaient toutes les altérations consécutives à une néphrite; de plus dans les bassinets on trouvait quelques petits noyaux de gravelle. Dans le voisinage du rein droit était une collection purulente, ancienne, qui très-probablement communiquait avec l'uretère de ce côté; malheureusement cette dissection, faite trop rapidement, ne permit pas de constater ce fait, l'uretère ayant été déchiré. Il y avait des traces évidentes de péritonite, sans adhérences intestinales. Quant à la vessie, elle était du volume d'une petite orange, ses parois étaient très-épaisses, près d'un demi-centimètre au moins; pas de traces de colonnes, la muqueuse était grisâtre, parsemée de petites taches rouges comme ecchymosées. Mais le point sur lequel je désire fixer votre attention, c'est qu'elle contenait un tout petit calcul allongé, d'un centimètre environ dans son plus grand diamètre et gros comme un fort grain d'orge, entouré d'une

série de couches, molles, concentriques, superposées exactement comme les couches d'un caillot d'anévrysme. Cette masse, qui était entièrement libre, reposait sur l'ouverture de l'urèthre qu'elle fermait comme une soupape; elle était ovoïde, ayant environ 2 centimètres dans son plus grand diamètre; sa consistance était douce au toucher, un peu élastique; sa couche extérieure était lisse; on conçoit maintenant comment ce corps, qui avait la même consistance que la paroi interne de la vessie, avait pu échapper à une observation attentive, mais qui était singulièrement gênée par la gravité de l'état du malade. Quelle est la nature de ces couches d'enveloppes étrangères au calcul? est-ce du pus, de la fibrine? l'analyse nous le dira.

Pour le moment, je me borne aux conclusions suivantes : des faits que j'ai pu observer, je crois que, chez les enfants très-jeunes, toutes les fois que le calcul est très-petit, il faut tenter la lithrotritie. Certainement cette dernière opération a aussi ses inconvénients, ses dangers, mais la taille a aussi les siens, et malgré les très-nombreux succès qu'elle a donnés chez les enfants, il y a peut-être encore lieu à discuter jusqu'à quel point la litbrotritie doit être abandonnée dans l'enfance. Tout récemment, je l'ai pratiquée chez trois enfants, et je dois dire que les résultats que j'ai obtenus m'engagent à ne pas trop repousser systématiquement la lithotritie.

L'analyse microscopique faite par M. Périer a démontré que la substance qui enveloppait les calculs était composée par des couches nombreuses et épaisses de fibrine, et de mucus coagulé avec un mélange de nombreux grains de carbonate de chaux et de cristaux d'hématoïdine.

M. Guersant. Je me range à l'opinon de M. Marjolin. On trouve, en effet, chez les enfants de très-petits calculs, et alors il ne faut pas pratiquer l'opération de la taille, et dans des cas de ce genre, j'ai réussi plusieurs fois, en employant de petits instruments de lithotritie.

M. Giraldès. Beaucoup d'enfants viennent au monde avec des pierres, il n'est donc pas étonnant que, chez les enfants, on trouve de petits calculs. Chez les enfants nouveau-nés, les tubes de Malpighi sont farcis de matières salines (urate de soude), ainsi que l'a démontré Martin d'Iéna. Presque toutes les pierres qu'on voit chez les enfants sont des pierres congénitales.

J'admets volontiers qu'il faut faire la lithotritie dans les cas analogues à celui dont M. Marjolin nous a entretenu; mais le plus souvent on n'a pas à intervenir, parce que ce n'est généralement que lorsque les pierres sont plus grosses, qu'elles donnent lieu à des acci-

dents. Alors, les pierres étant plus grosses, la question se pose ainsi : Combien de séances de lithotritie seront nécessaires ? Or il faut bien se rappeler qu'après la taille les enfants sont guéris au bout d'environ quatorze jours, tandis qu'après la lithotritie on peut observer des accidents de cystite du col, voire même de péritonite, ce qui n'arrive pas chez les adultes. D'après la statistique faite par M. Birkett à Guy's Hospital, sur 103 enfants opérés par la taille, 4 seulement ont succombé. La lithotritie, dans de pareilles circonstances, ne donne pas d'aussi beaux résultats. Il faut tenir compte du séjour assez long à l'hôpital que nécessite la lithotritie, séjour pendant lequel les enfants peuvent prendre des affections intercurrentes.

M. Marjolin. Je crois qu'un certain nombre d'enfants, qui n'ont que de très-petits calculs, souffrent assez pour éveiller la sollicitude du chirurgien. J'ai vu deux enfants qui présentaient les symptômes d'une pierre volumineuse, et cependant leur pierre était très-petite.

La taille peut donner lieu à des hémorrhagies, à des fistules urinaires consécutives et aussi à la péritonite ; aussi, je pense qu'il y a lieu de rechercher si, avec des instruments à lithotritie bien faits et appropriés au volume des organes, on n'arriverait pas à de meilleurs résultats.

Comme M. Giraldès, je tiens compte de la nécessité du séjour à l'hôpital ; mais, dans beaucoup de cas, les séances de lithotritie n'ont pas besoin d'être multipliées, et assez souvent entre les séances on peut permettre au patient de retourner chez ses parents.

M. Guersant. J'insiste sur la nécessité et la possibilité de faire la lithotritie chez les enfants qui ont de très-petites pierres et qui sont très-jeunes, chez les enfants de 1 et 2 ans. Plus tard, vers l'âge de 4 ans, si la pierre est volumineuse, je préfère avoir recours à la taille.

La taille est facile à exécuter chez un enfant de 3 ou 4 ans, mais il n'en est pas de même à l'âge de 6 mois, 1 an, etc.

Chez tous les jeunes enfants, les calculs sortent quelquefois spontanément, aussi je ne commence pas le broiement dès les premiers jours, je passe d'abord une petite bougie pour dilater le canal.

M. Giraldès. Si l'on prend pour type un enfant bien portant, je soutiens que la lithotritie est plus grave que la taille.

Si le calcul est volumineux, s'il a, par exemple, 3 centimètres, on ne peut pas employer des instruments à cuiller assez grands pour le briser.

Chez les enfants, la vessie est, pour ainsi dire, un organe péritonéal. La péritonite peut, il est vrai, être observée après la taille, mais bien moins souvent qu'après la lithotritie.

J'ai opéré trente-neuf enfants (jusqu'à l'âge de 15 ans) de la taille, et je n'ai pas observé un seul cas de fistule.

M. Chassaignac. Dans le cas rapporté par M. Marjolin, l'exploration avait bien fait reconnaître l'existence d'un corps étranger, mais non d'un corps dur. En pareille occurrence, peut-être un percuteur très-fin aurait-il pu rendre service.

Je sais que l'on peut rencontrer de grandes difficultés pour établir un diagnostic précis. Chez un malade que j'avais sondé, j'avais constaté la présence d'un calcul, et l'opération avait été décidée. Au moment de commencer l'opération, je pratique un nouvel examen et ne trouve plus de calcul, mais seulement un corps mou. Après avoir hésité un instant, je pratiquai l'opération, et je trouvai le calcul recouvert d'une couche de sang coagulée et très-ferme.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Le Fort présente un malade qui est atteint de *grenouillette sanguine*. La tuméfaction ne s'est montrée que depuis vingt-quatre heures; c'est là un cas de véritable épanchement sanguin dans l'épaisseur de la glande sublinguale.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 11 MARS 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

— Le *Journal de Médecine de l'Ouest.*

— La *Revue médicale de Toulouse.*

— Le *Montpellier médical.*

— Le *Sud médical.*

— *Du Bégayement, considéré comme vice de prononciation,* par

M. Chervin aîné. Cette brochure est accompagnée du rapport fait à la Société d'éducation de Lyon par MM. les docteurs Desgranges, Fonteret et Passot.

LECTURE.

M. Paulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, candidat au titre de membre titulaire, lit un travail intitulé : *Études sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs.*

(Commissaires, MM. Verneuil, Guyon, Tillaux.)

NOMINATION DE COMMISSION.

L'ordre du jour appelle la nomination de la *Commission permanente de statistique chirurgicale.*

Sont nommés : MM. Lefort, Larrey, Trélat, Broca, Tarnier.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Calcul du canal de l'urèthre.

M. Liégeois présente un calcul de l'urèthre qui lui a été remis par M. Bouché, médecin à Spincourt (Lorraine).

Le calcul que je désire présenter à la société est un calcul exceptionnel, sous certains rapports du moins. Je le dois à l'obligeance d'un confrère de province, M. Bouché, de Spincourt (Meuse), qui en me le donnant me remit l'observation suivante : « Dans le courant de juillet 1857, me trouvant dans un village voisin de ma localité, je fus prié d'aller voir un vieillard de 72 ans, qui souffrait à la verge depuis très-longtemps et éprouvait, depuis quelques jours seulement, des douleurs excessives. Arrivé près du malade, je trouvai à la partie inférieure du pénis, derrière le scrotum, une vaste ouverture, donnant issue à de l'urine et à du sang. Palpant la verge, je reconnus l'existence d'un corps dur, qui s'échappa spontanément par la fistule. Je ne fus pas étonné de voir tomber dans ma main un calcul, mais je fus surpris de constater une facette lisse et régulière sur un de ses côtés. J'avais tout lieu de croire, dès lors, que ce corps n'était qu'un fragment faisant suite à un autre, et, en effet, une pince à pansement introduite dans le trajet, me fit constater la présence d'un autre corps dur, que je saisis facilement et attirai au dehors sans grande difficulté.

« Cette pierre possédait elle-même deux facettes, indice qu'il en restait au moins une troisième. Je ne tardai pas à sentir celle-ci dans une exploration nouvelle, mais je ne pus l'extraire. Je fis prendre au malade un grand bain de trois quarts d'heure, et, après quelque ef-

fort, je pus extraire un troisième fragment, plus volumineux à lui seul que les deux autres. Comme celui-ci ne possédait qu'une facette, je crus inutile de faire d'autres tentatives, et mon malade fut immédiatement soulagé. Le poids total de ces trois fragments, pesés aussitôt après leur extraction, était de 94 grammes.

« J'interrogeai alors le malade sur ses antécédents, et j'appris que, depuis quarante années au moins, il avait toujours souffert à la racine de la verge, qu'il n'avait jamais consulté aucun médecin, vu que ses souffrances étaient supportables et ne l'empêchaient pas d'exercer son métier de cultivateur. L'orifice de la plaie était saignant avant l'extraction des calculs et environné de fongosités ; depuis 15 ans, elle donnait issue à de l'urine. La portion inférieure de l'abdomen, correspondant à la région vésicale, présentait six pertuis extrêmement fins, pouvant admettre tout au plus un stylet de Méjan, donnant passage à une très-petite quantité d'urine, et présentant à leurs orifices des fongosités égalant le volume d'un pois.

« Après l'opération, le soulagement persista, mais les trajets fistuleux ne subirent aucun changement. Mon malade succomba l'hiver suivant, autant d'épuisement que de misère. »

Comme première particularité, nous constatons la présence d'un calcul siégeant dans la partie initiale de l'urèthre et y ayant résidé depuis peut-être une quarantaine d'années, si l'on a égard, du moins, à l'origine des douleurs que ce malade éprouvait. Ce cas, sous ce dernier rapport, n'est point unique dans la science. Ainsi, Camper a rapporté l'observation d'un vieillard, âgé de 54 ans, et qui avait été sondé pour la pierre alors qu'il était enfant; la pierre qui fut extraite du canal de l'urèthre pesait 160 grammes. Leroy d'Étiolles père a enlevé de l'urèthre un calcul qui y séjournait depuis 37 ans. Enfin, M. Ollier a fait la même opération pour une pierre qui s'était déposée dans le canal il y avait 34 ans.

Comme seconde particnlarité, nous voyons que le fragment le plus volumineux, le dernier enlevé, celui qui, par conséquent était le plus proche de la vessie, est creusé dans toute son étendue d'un canal complet, s'ouvrant aux deux extrémités de ce fragment par deux orifices, très-régulièrement configurés, si ce n'est l'orifice postérieur qui est surmonté d'une saillie conique en forme de luette. Ce canal est remarquable par son aspect lisse, aspect qui contraste avec l'aspect chagriné de la périphérie; il semblerait que ses parois ont été, pour ainsi dire, limées. C'est surtout la présence de ce canal, creusé dans l'intérieur de la pierre, qui constitue un cas exceptionnel. Les sillons, les rigoles, les gouttières, sont extrêmement fréquentes, mais un tel

canal n'a peut-être jamais été rencontré. Dans les nombreuses recherches que j'ai faites à ce sujet, je n'ai trouvé que Chopart et Boyer qui parlassent de cette disposition comme étant possible, sans rapporter d'observations à l'appui de leur supposition.

Ce calcul présente, comme troisième particularité, une division en trois fragments irréguliers, mais s'adaptant exactement l'un à l'autre, et d'une façon tellement étroite que la séparation de ces diverses pièces n'est indiquée à l'extérieur que par des sillons parfaitement rectilignes. Ces trois pierres n'ont pas également le même volume, ni la même forme, ni le même poids; le volume du calcul entier est celui d'un œuf environ; sa forme est aussi celle d'un ovoïde, seulement il est légèrement aplati à sa face supérieure; son poids total est aujourd'hui de 82 grammes; il pesait 94 grammes après l'extraction. La dessiccation, par conséquent, lui a fait perdre 12 grammes.

Le fragment postérieur arrondi en arrière, représentant la grosse extrémité de l'œuf, possède en avant trois facettes, une concave, placée inférieurement, et deux planes, situées au-dessus de cette dernière. Ces dernières s'arrêtent au-dessous de l'extrémité antérieure du canal intra-calculaire. Le poids de ce fragment postérieur est de 45 grammes.

Le fragment moyen présente deux facettes réunies à angle aigu; de ces deux facettes, l'une est concave et s'adapte exactement sur la facette convexe du fragment postérieur, l'autre est concave, transversalement convexe en sens inverse. Sa forme générale est celle d'un croissant, son poids est de 12 grammes.

Le fragment antérieur présente une facette postérieure, alternativement concave et convexe comme la facette antérieure du fragment moyen, mais disposée inversement, de telle sorte que cette disposition représente celle que l'on rencontre dans les articulations par emboîtement réciproque. Au-dessus de cette facette, qui comprend presque toute l'épaisseur du fragment, on voit deux autres facettes plus petites, planes, qui s'adaptent exactement à celles que nous avons rencontrées au-dessus de la cavité du fragment postérieur. Enfin, l'extrémité antérieure de ce fragment est pointue et sillonnée supérieurement par trois gouttières, qui aboutissent à la partie antérieure du canal intra-calculaire.

Ces gouttières sont lisses, comme le canal lui-même; elles représentent sans aucun doute le trajet que suivait l'urine pour gagner la fistule périnéale. Le poids total de ce fragment était de 25 grammes. Il résulte donc de la disparition de ces fragments l'un par rapport à l'autre, que le médian, c'est-à-dire le plus petit, est placé comme une

sorte de coin entre les deux autres, et est recouvert par ceux-ci au niveau de son bord supérieur ; cette disposition, du reste, est indiquée à l'extérieur par la présence de deux sillons, occupant la face inférieure du calcul, et se réunissant sur les côtes à 4 ou 5 millimètres au-dessous du niveau de la face supérieure.

Quant à la dureté du calcul, tout ce que l'on peut dire, c'est que les fragments résonnent à la façon des fragments de silex quand on les frappe l'un contre l'autre; quant à la couleur, chaque fragment est d'un blanc grisâtre à l'extérieur, et légèrement jaunâtre vers le centre, sans qu'on puisse distinguer nettement un noyau central. On ne distingue non plus au niveau des facettes aucune striation. Enfin, tandis que la surface extérieure est rugueuse et chagrinée dans presque toute son étendue, les facettes possèdent un aspect lisse remarquable, qui leur donne un éclat brillant.

Les exemples de calculs fragmentés à la façon de celui que je présente ici ne paraissent pas être d'une rareté extrême. M. Leroy d'Étiolles fils, dans son traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires, en rapporte deux observations empruntées à son père. L'un de ces calculs a été soumis à l'examen de la Société de chirurgie, je n'en parle pas. L'autre est celui dont j'ai déjà parlé. Il était constitué par trois fragments juxtaposés; les surfaces par lesquelles ceux-ci se touchaient étaient polies, de couleur gris-brun. Leur surface extérieure était fortement chagrinée. Une gouttière, large et profonde, existait sur l'une des faces. Ce calcul était un calcul logé dans les parties profondes de l'urèthre. On voit par ce peu de mots que ces fragments ressemblaient dans leurs caractères généraux à ceux que nous constatons ici. Mais l'exemple le plus curieux, sans contredit, de ces sortes de calculs fragmentés siégeant dans le canal uréthral, est celui qui est rapporté par M. Voillemier, dans son traité, récemment paru, des maladies des voies urinaires. Dans cette observation, empruntée au professeur Laudzert (de Saint-Pétersbourg), il s'agit d'un calcul composé de six pièces, et extrait du canal de l'urèthre, dans la partie comprise entre le méat urinaire et la portion membraneuse, chez un sujet atteint de gravelle depuis l'âge de 21 ans. Ces six calculs pesaient ensemble, immédiatement après leur extraction, deux onces et six drachmes, c'est-à-dire environ 72,98. Le dessin reproduit dans l'ouvrage de M. Voillemier montre que ces calculs ont une forme très-irrégulière, à l'exception de l'un d'eux, qui est parfaitement hémisphérique, représente une véritable bille et est placé entre le premier fragment conique et le second ayant la forme d'un ménisque biconvexe; ces six calculs paraissent s'adapter exactement

l'un à l'autre par des facettes concaves d'un côté, convexes de l'autre.

Ici se présente une question difficile à résoudre : Quel est le mode d'origine de ces calculs à fragments multiples. Les fragments résultent-ils de fractures qui se sont effectuées spontanément au sein d'un calcul primitivement unique, ou bien ces fragments sont-ils arrivés dans le canal de l'urèthre isolément l'un de l'autre, après quoi ils se seraient, par le frottement auquel ils auraient été soumis, adapté l'un à l'autre par des facettes lisses et régulières. Tout d'abord je m'étais rangé à la première manière de voir, mais mon opinion s'est modifiée à la suite des recherches bibliographiques que j'ai faites, et à la suite de mes perquisitions dans les deux plus belles collections de calculs urinaires qui existent à Paris ; j'ai surtout mis à contribution dans mes recherches un mémoire des plus remarquables fait par Bruno Schmidt, sur les fractures spontanées, et dont je dois la connaissance à M. Verneuil. Dans ce mémoire, l'auteur a recueilli la plupart des faits relatés sur ce sujet. Ces faits appartiennent surtout à Ch. Textor, H. Meckel, Heller, Vulker, Thuden, Cruveilhier, Civiale, etc. Or, dans tous ces faits, on ne rencontre rien qui ressemble à l'observation que je viens de présenter ; tous les calculs dont il est question présentent des caractères analogues à ceux dont nous allons parler. Ni dans la belle collection de M. Cloquet, déposée au musée Dupuytren, ni dans la collection non moins remarquable de Civiale, on ne trouve non plus parmi les fractures sur lesquelles est placée l'étiquette de fractures spontanées, de particularités semblables à celles que nous avons indiquées dans notre observation. dans celle de Leroy d'Étiolles et dans celle de M. Voillemier. De ces divers examens il résulte pour moi que les calculs qui se fragmentent spontanément ou, pour être plus exact dans l'expression, les calculs au sein desquels s'effectuent des fragmentations en dehors de toute introduction d'instruments dans les voies urinaires, se présentent sous deux aspects. Les uns, sans être mous, sont d'une friabilité extrême, et s'écrasent sous le doigt avec la plus grande facilité. Je présente ici un spécimen de ces calculs qui appartient à M. Verneuil : il se compose d'un nombre considérable de petits fragments du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, et de plus d'une dizaine de fragments plus volumineux, extrêmement irréguliers dans leur forme, ressemblant ici à des fragments de coquilles, là à des portions de sphères ou d'ellipsoïdes, ailleurs se rattachant à des formes cubiques, polyédriques, etc. Ces derniers fragments ont un aspect jaune-brûnâtre, ne présentent aucune trace de striation, et tous sont suscep-

tibles de se réduire en une poudre très-fine quand on les comprime avec une force même assez faible sous le doigt. Je regrette que M. Verneuil ne soit point aujourd'hui parmi nous; il aurait pu nous donner des détails précis sur l'origine de ce calcul.

La seconde catégorie de ces fractures spontanées comprend des calculs d'une dureté remarquable. Je demande la permission de lire une note écrite de ma main, après une visite faite à M. Civiale, peu de temps avant sa mort. Dans cette magnifique collection se trouvent 19 cas de fractures spontanées. Les fragments appartenant à chacun de ces cas sont en nombre extrêmement varié, depuis deux jusqu'à plusieurs centaines. Sur quelques calculs volumineux seulement, et dont les fragments sont peu nombreux, on reconnaît facilement que ces fragments doivent s'adapter exactement sur une perte de substance que présente le plus gros. Tous ces calculs étaient fixés sur de petits morceaux de liége, ce qui ne me permit pas de chercher à les adapter. Les caractères principaux de ces fragments sont les suivants: tous ont une couleur jaune ou jaune-brun; quelques-uns ressemblent à des coquilles d'œufs, d'autres ont des formes polygonales de toutes sortes; la plupart sont rugueux au niveau de la fracture, lisses sur la surface qui correspondait à la surface extérieure du calcul primitif. Quelques-uns de ces fragments sont encore en rapport avec un noyau nettement délimité, deux entr'autres se présentent avec un noyau sphérique qui surmonte une masse conique, ce qui leur donne la forme des anciens bonnets d'abbé. Sur les surfaces des fragments on peut voir, dans presque toutes, une disposition lamelleuse franchement accusée, quelques-uns possèdent des stries qui vont de la surface au centre.

Pour M. Civiale (communication orale), tous ces calculs sont d'acide urique; cette composition serait même, en quelque sorte, une condition de la formation de la fracture; la disposition lamelleuse et radiée devrait être aussi prise en très-grande considération. Les calculs que l'on trouve dans la collection du musée Dupuytren, ceux dont les observations sont rapportées dans le mémoire de Bruno Schmidt, présentent les particularités que je viens de signaler et me paraissent confirmer l'opinion de Civiale.

Si nous comparons maintenant ces caractères avec ceux que présente notre calcul, nous ne trouvons aucune ressemblance. Dans notre calcul, on ne trouve point de noyau évident, la masse centrale est en réalité légèrement jaunâtre, mais elle est mêlée çà et là de taches blanc-jaunâtre analogues, quant à la couleur, aux parties les plus superficielles. L'examen des facettes de chaque fragment ne nous

permet point de constater ni la disposition lamelleuse ni la disposition radiée.

Pour admettre, par conséquent, que ces fragments soient le résultat de fissurations spontanées, il faudrait admettre que les calculs du canal de l'urètre se divisent spontanément, dans d'autres conditions de structure, que les calculs de la vessie.

C'est là, la raison principale qui me fait croire que ces calculs ont été projetés isolément dans le canal à un certain moment, qu'ils s'y sont arrêtés, qu'ils se sont placés les uns au bout des autres, que leurs facettes se sont adaptées, avec le temps et les frottements, exactement l'une à l'autre, qu'enfin ils ont grossi insensiblement par l'addition de couches nouvelles. C'est là, du reste, l'opinion de Civiale, de M. Mercier, de M. Leroy d'Étiolles fils, et d'un certain nombre de mes collègues à qui j'ai montré ce calcul.

Je dois dire cependant que je me trouve en désaccord avec plusieurs des membres de cette société, et en particulier avec M. Voillemier. M. Voillemier, dans son traité, admet, à propos du calcul de M. Laudzert, que ces fragments multiples trouvés dans le canal de l'urètre et configurés de manière à s'articuler exactement entre eux, proviennent d'une fragmentation spontanée. Les raisons sur lesquelles il s'appuie sont les suivantes :

« Lorsqu'on scie ces calculs, on ne trouve ordinairement de noyau que dans l'un d'eux, ce qui fait pressentir que les autres calculs sont de formation secondaire. De plus le petit calcul, arrêté dans le canal, tend chaque jour à augmenter de longueur par l'addition de nouvelles couches calcaires. Or, au bout d'un certain temps, il finit par former une tige rigide assez longue, trop peu solide pour résister aux mouvements imprimés à la verge, et c'est alors qu'il se rompt. On doit d'autant moins répugner à admettre ce mécanisme, que lui seul rend compte de la manière dont ces différents calculs sont ajustés. Tantôt ils se touchent par des surfaces légèrement ondulées, tantôt l'un d'eux présente un cône creux qu'un autre calcul taillé en cône plein remplit exactement. Dans le cas de M. Laudzert, on voit un calcul rond comme une bille enserré dans deux cavités, dont sont creusés les deux calculs entre lesquels il est placé. Ces espèces d'articulations, si bizarres au premier espect, s'expliquent très-bien quand on se rappelle la disposition des couches calcaires ajoutées au calcul primitif, et les lignes semi-elliptiques indiquent la succession des dépôts ; car c'est dans la direction de ces lignes et dans les interstices de ces couches qu'a lieu la rupture de la masse calculeuse. »

Comme dans notre observation ces lignes concentriques n'existent

nulle part, comme on ne peut constater la présence d'un noyau bien évident, il en résulte que nous ne pouvons nous ranger à l'opinion de M. Voillemier. Il est vrai que nous n'avons pas fait de coupes dans le calcul: nous ne pouvons pas, par conséquent, affirmer d'une façon absolue que la striation n'existe pas. J'ai cru devoir m'abstenir de cette mutilation d'un calcul aussi important que celui que je présente à la Société; la rareté de pareils dépôts me fait en quelque sorte un devoir de le conserver intact. J'apprends du reste à l'instant, par M. Guyon, que la collection de Civiale a été léguée à l'hôpital Necker. C'est pour moi un plaisir de l'offrir à notre collègue, alors chargé du service des maladies urinaires; un jour peut-être servira-t-il à élucider cette question de la fragmentation des calculs, encore pendante aujourd'hui et attendant de nouvelles recherches.

M. Trélat. Je ne partage pas l'opinion de M. Liégeois. Il y a des calculs biliaires et même vésicaux qui croissent simultanément; ces calculs présentent la forme d'un polyèdre à plusieurs côtés. Dans le cas qui est soumis à notre examen, on se demande en vertu de quel phénomène extraordinaire les calculs auraient pris la forme bizarre qu'ils présentent. Ce sont là, bien évidemment, les fragments d'un calcul, qui se sont usés par le frottement, pendant un temps très-long.

Présentation d'appareil.

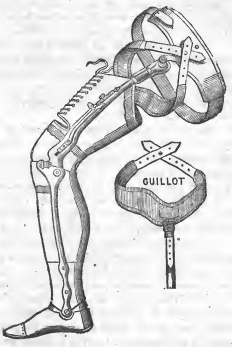
M. Léon Lefort présente, au nom de M. Guillot, fabricant d'appareils chirurgicaux, une jambe artificielle qui présente les particularités et les avantages suivants :

La ceinture qui soutient le membre est munie d'une plaque et porte une articulation mobile dans tous les sens et reproduisant les mouvements de l'articulation coxo-fémorale à laquelle elle correspond.

Au niveau du genou, un verrou mobile d'une disposition particulière permet d'immobiliser la jambe dans la rectitude, de lui donner la flexion complète, ou de lui laisser une légère mobilité qui facilite beaucoup la marche et la rend moins disgracieuse, sans lui rien faire perdre de sa solidité.

La partie la plus importante de l'appareil est le mode de point d'appui ischiatique. La plaque courbe sur laquelle repose l'ischion, et qui est, sur ce dessin, reproduite à part, jouit, au moyen d'une triple articulation, des mouvements de flexion, quels qu'ils soient, et du mouvement de rotation; cette plaque est fermement appliquée sur l'ischion, et reste constamment en rapport avec lui, quelle que soit la position du membre.

Ce qui m'a engagé à vous présenter cet appareil prothétique, c'est qu'il réalise, suivant moi, un progrès réel sur les appareils analogues. Dans les jambes artificielles employées dans les cas d'amputation de la cuisse, ou de la jambe au dessus des malléoles, le point d'appui est pris sur l'ischion, mais l'ischion repose sur le rebord même du cône qui emboîte la cuisse. Le point d'appui ischiatique se meut donc avec



le membre lui-même, de là des frottements durs qui amènent des excoriations; dans celui-ci, au contraire, par une disposition empruntée à mon appareil pour la coxalgie, aucun frottement n'a lieu sur la peau, puisque le point d'appui est devenu fixe sur le bassin, et mobile sur le reste de l'appareil. Nous avons vu, dans ces derniers temps, se produire avec grand bruit un détestable appareil patronné par les administrations, la jambe artificielle de M. le comte de Beaufort. Dans celui ci, la difficulté est supprimée; il n'y a pas de point d'appui ischiatique : c'est la pression latérale de la jambière et du cuissard sur les parties molles qui soutient le poids du corps; de là

une tension considérable de la peau ou des téguments vers le moignon. Lorsque j'ai pris possession de mon service à l'hôpital Cochin, j'y ai trouvé un malade amputé par M. Dolbeau au-dessus des malléoles. Il lui avait été délivré un appareil de Beaufort, avec lequel l'opéré alla à Vincennes. Là, il dut renoncer à s'en servir, bien que le moignon fût parfait sous tous les rapports, M. Dolbeau avait obtenu pour lui une jambe à charnière qu'il porte sans aucune fatigue. Ce malade nous a dit s'être trouvé à Vincennes avec deux autres amputés qui, eux aussi, ont dû renoncer à se servir de l'appareil de Beaufort.

M. Tillaux. Les appareils de M. de Beaufort sont excellents. Les malades peuvent aller à la chasse, faire dix ou douze lieues. Assurément, ces appareils ne méritent pas une pareille réprobation.

M. Larrey. Je crois que M. Lefort est trop sévère pour M. de Beaufort. J'ai vu plusieurs de ces appareils, qui ont rempli parfaitement les indications auxquelles on les destinait.

M. Guyon. J'observe en ce moment un malade amputé de la jambe au tiers supérieur, chez lequel l'appareil de M. de Beaufort est employé avec avantage. Je me propose, d'ailleurs, de soumettre ce malade à l'examen de la Société.

M. Léon Lefort. Les tant célébrés appareils de M. de Beaufort sont loin de mériter les éloges que leur donne M. Tillaux. Son bras artificiel, dont le pouce seul est mobile, n'a absolument rien de nouveau. Ce pouce se rapproche par un ressort, et il s'étend par la tension d'une corde à boyau qui s'attache sur le bras de l'autre côlé. Or, c'est là un principe emprunté, tacitement il est vrai, aux appareils de Van Petersen, Charrière, Béchard, Mathieu, etc., principe appliqué déjà au seizième siècle. Le malade tant exhibé à l'Exposition, bien qu'il n'eût subi d'amputation qu'au-dessous du coude, n'a pas même pu tenir une livraison de la *Revue des Deux-Mondes*. L'appareil coûte peu, mais il ne saurait guère servir qu'à des gens de service dans les bureaux d'administration. Quant à la jambe artificielle, elle peut servir, à la rigueur, pour l'amputation au lieu d'élection, elle est inapplicable dans presque tous les autres cas et ne présente, pour les malades, qu'une sécurité médiocre.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 18 MARS 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— Le *Bulletin de thérapeutique.*

— La *Gazette médicale de Strasbourg.*

— Le *Sud médical* (de Marseille).

— *Annual report of the surgeon general United States army*, 1867. — Br. in-8°.

— *Terebrazione del crano in un epilettico*, par le professeur Rizzoli. Bologne, 1868. — Br. in-4°.

— *Des Chancres phagédéniques du rectum*, extrait des Archives générales de médecine par M. Després, membre titulaire.

M. Guyon présente, au nom de M. Letenneur (de Nantes), une observation intitulée : *Odontôme radiculaire cémentaire.* Cette observation avait déjà été envoyée à la Société sous le titre d'*exostose éburnée;* mais elle n'avait pas été publiée.

Odontôme radiculaire cémentaire.

La femme V..., âgée de 34 ans, demeurant à la Chapelle-sur-Erdre (Loire-Inférieure), est entrée à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 8 février 1858, pour une tumeur de la mâchoire inférieure.

Cette femme nous raconte que, vers l'âge de huit ans, elle éprouva des douleurs au côté gauche de la mâchoire; l'avulsion d'une grosse molaire malade ne produisit qu'un soulagement incomplet. Dès cette époque, le côté gauche de la mâchoire était plus volumineux que le côté droit, et cette tuméfaction n'a pas diminué après l'extraction de la dent.

Les souvenirs de la malade paraissent très-précis sur tous ces points.

Les choses restèrent dans le même état pendant seize années, et, sauf le gonflement de la mâchoire et quelques petites douleurs qui

n'attiraient que faiblement l'attention de la malade, tout semblait rentré dans l'ordre.

Après cette période de seize ans, survinrent de nouvelles et assez vives douleurs; on employa des cataplasmes émollients et on eut recours à l'application de quelques sangsues.

Les douleurs aiguës se calmèrent de nouveau; les choses reprirent leur allure habituelle, et la tumeur n'augmenta pas sensiblement.

Dans les derniers mois de 1857, c'est-à-dire vingt-six ans après l'apparition des premières douleurs, les accidents devinrent plus sérieux : on les attribua à une dent cariée; la malade se la fit enlever, mais sans succès contre la douleur qui, au contraire, augmenta beaucoup. Le gonflement devint énorme, et plusieurs abcès s'ouvrirent successivement dans la bouche et restèrent fistuleux.

Pendant cinq mois, aucun événement nouveau ne survint; mais la malade était toujours incommodée par le pus qui coulait dans la bouche et par le volume de la mâchoire.

Vers cette époque, un médicastre de campagne conseilla l'application d'un emplâtre qu'on laissa en place pendant quinze jours; pendant ce temps, les douleurs furent intolérables, et quand on découvrit la région malade, on reconnut qu'une plaie profonde s'était produite et atteignait la surface osseuse.

A partir de ce moment, le pus s'écoula au dehors, mais la tumeur osseuse augmenta de volume, surtout à l'intérieur de la bouche. C'est alors que la femme V... vint réclamer mes conseils.

Je constatai un gonflement considérable du maxillaire inférieur dont les deux lames semblaient écartées l'une de l'autre. La tumeur n'était donc pas circonscrite, et ses limites ne pouvaient être précisées.

Un stylet introduit dans la fistule pénétrait au milieu de la tumeur à travers un pertuis de la paroi externe; on rencontrait un séquestre mobile, rugueux, offrant à la percussion et à la pression les caractères d'une masse très-compacte.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante :

Incision divisant la lèvre inférieure sur la ligne médiane, puis suivant ensuite le bord de la mâchoire jusqu'auprès du masséter.

Le lambeau fut détaché dans les points malades au moyen de la spatule, ce qui mit immédiatement à nu toute la coque osseuse. Au moyen de pinces incisives, de la gouge et du maillet, j'enlevai toute la paroi externe et je pus extraire une masse osseuse à laquelle adhérait une petite molaire. Cette masse osseuse ressemblait assez bien à un calcul mûral.

La paroi interne du kyste osseux fut excisée de la même manière que la paroi externe, et le lambeau fut remis en place et maintenu au moyen de la suture entortillée, pour la plaie verticale, et de fils métalliques, pour la plaie horizontale.

La réunion immédiate eut lieu, et la malade quitta l'hôpital au bout de quinze jours, conservant encore à la partie inférieure de la joue l'orifice de son ancienne fistule, qui laissait écouler un peu de salive.

Je recommandai à la malade de venir me revoir, mais elle fit attendre cette visite six ans. Elle avait eu la constance de garder pendant tout ce temps une fistule par laquelle la salive s'écoulait abondamment, inconvénient auquel elle obviait par un petit tampon de charpie.

Cette fistule était formée par les parties molles de la joue et par un pont osseux, une sorte d'anse implantée sur le maxillaire et logée dans l'épaisseur de la joue. La peau et la muqueuse buccale se rejoignaient sous cette arcade. Je décidai cette femme à se débarrasser de son infirmité : la fistule fut comprise entre deux incisions ; l'arcade osseuse, mise à découvert, fut détachée par deux traits de scie et la suture entortillée réunit les parties molles ; la guérison fut obtenue promptement, et les traces de la double opération sont à peine appréciables.

Examen de la pièce.

La tumeur, assez irrégulière à sa surface et ressemblant assez bien, comme je l'ai dit, à un calcul mûral, présente, dans son plus grand diamètre, en y comprenant la racine de la dent, 3 centimètres et demi ; les autres diamètres sont de 2 centimètres et demi.

La dent adhérente à la tumeur est la première petite molaire parfaitement conformée ; l'adhérence a lieu par un seul côté de la racine et par l'extrémité de cette racine, qui se recourbe comme pour se fondre dans le tissu anormal. Cependant la blancheur de la racine contraste avec la couleur grisâtre de la tumeur.

La couronne de la dent est libre et n'a subi aucune altération. Une coupe au moyen de la scie démontre qu'il s'agit d'une tumeur éburnée d'une extrême dureté ; l'examen d'une lamelle au microscope a révélé une structure osseuse. On y voit quelques ostéoplastes. Cette exostose, qui n'est qu'un épanouissement du cément, a débuté au moment de la seconde dentition, à l'âge de 7 ou 8 ans ; elle ne s'est nécrosée que vingt-six ans après l'époque de l'apparition des premiers abcès.

Il est difficile de comprendre que la vie puisse persister dans une masse aussi compacte et dont les éléments sont condensés à ce point.

Boyer semble faire allusion à des faits analogues lorsqu'il dit (*Malad. chirurg.*, t. III, p. 484, édit. de Ph. Boyer) : « Une des terminaisons de l'exostose, dont les auteurs n'ont point parlé et qui a cependant été observée surtout dans l'exostose *dure* et *stalactiforme*, c'est celle par nécrose. »

Sous le titre de *Nécrose de la mâchoire inférieure*, Desault (*OEuvres chirurg.*, t. II) a publié un des faits auxquels Boyer fait peut-être allusion, car il s'agit d'un séquestre qui avait le *volume d'une très-grosse noix*.

Depuis que les travaux de MM. A. Forget, Robin et Broca ont jeté une si grande lumière sur la nature et l'origine des tumeurs qui se rattachent à l'évolution dentaire, les faits ne manqueront pas de se produire en grand nombre, et ce chapitre de la science ne laissera bientôt plus rien à désirer.

Après avoir fourni déjà une observation et une pièce anatomique qui ont été pour M. A. Forget l'occasion de savantes et intéressantes recherches (*Étude histologique d'une tumeur fibreuse non décrite de la mâchoire inférieure*, etc., avec planche; mémoire lu à la Société de chirurgie de Paris, 1861), je suis heureux d'apporter un nouveau tribut à l'histoire des odontômes.

M. Broca. M. Guyon a bien voulu mettre à ma disposition la pièce qui lui a été envoyée par M. Letenneur, et sans l'endommager j'ai fait faire une préparation microscopique (coupe très-fine) par M. Bourgogne. Cette pièce ne renferme que du cément. Cependant la partie centrale paraît ressembler à de l'ivoire; mais en y regardant de près, on voit qu'il n'y a que des corpuscules osseux. C'est bien là un exemple d'odontôme cémentaire. Chez l'homme, ces tumeurs ne peuvent avoir leur point de départ qu'au niveau des racines des dents, et dans le cas dont il s'agit, la tumeur a pris naissance sur une racine de la dent.

En général, les odontômes ont une forme arrondie, mamelonnée, mais chacun des petits mamelons est régulier; ici, ces saillies, au contraire, sont rugueuses. Cette disposition s'explique par la longueur du temps pendant lequel la tumeur a été en contact avec des tissus en suppuration (depuis l'âge de 8 ans jusqu'à l'âge de 34 ans).

Statistique hospitalière.

M. Broca. Deux personnes ont essayé de répondre aux vœux de la Société, qui désirerait poursuivre dans les asiles de convalescence la statistique commencée dans nos services des hôpitaux. Quoiqu'il

n'existe pas de statistique officielle dans les asiles, depuis longues années déjà, ainsi qu'il me l'a fait savoir, M. le docteur Dumesnil, de concert avec Laborie, recueillait tous les documents propres à en fournir les bases les plus solides.

Je n'ai pas lieu de croire que, jusqu'à ce jour, des relevés semblables aient été faits à l'asile du Vésinet.

De son côté, M. Husson a bien voulu m'écrire une lettre dont je vais vous communiquer la teneur.

M. Husson est allé voir M. de Bosredon, secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, et il a demandé que l'on voulût bien mettre l'administration de l'Assistance publique en mesure de recueillir des renseignements sur les malades qui sont sortis des hôpitaux pour se rendre dans les asiles de convalescence.

On pourra désormais annexer à la statistique de l'administration de l'Assistance publique la statistique des asiles de convalescents.

NOMINATION DE COMMISSION.

L'ordre du jour appelle la nomination d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire de la Société.

Cette commission sera composée de MM. Panas, Blot, Depaul.

COMMUNICATION.

Sur un calcul rendu par le périnée.

M. Marjolin fait la communication suivante :

Dans les dernières séances, puisqu'il a été à plusieurs reprises question d'affections calculeuses, je saisis cette occasion pour vous présenter un calcul volumineux rendu spontanément par le périnée; et bien que les auteurs renferment plusieurs observations de ce genre, je crois que ce fait est d'autant plus intéressant, que l'enfant qui a rendu cette pierre a été taillé, il y a neuf ans, par notre collègue M. Deguise fils. Il n'y a donc pas à faire l'objection que l'on a si souvent reproduite à l'occasion de la lithotritie, que des fragments oubliés dans la vessie avaient pu servir de point de départ à la formation d'un nouveau calcul. Il y a des exemples de récidive après des tailles bien faites, et, pour ma part, j'ai eu l'occasion de voir une personne qui succomba à un étranglement interne et qui avait été opérée trois fois par Souberbielle par le procédé du haut appareil.

Le calcul que je mets sous vos yeux fut rendu par un garçon de 14 ans et demi, grand, d'une assez bonne constitution. Personne dans

sa famille n'avait été atteint d'une affection semblable. La première pierre extraite par M. Déguise avait le volume d'un œuf de pigeon; la guérison fut rapide. Cette fois, le jeune malade commença à souffrir, il y a un an, dans le bas-ventre et dans la région périnéale. Pendant plus de huit mois, il fut obligé de rester couché; enfin, dans le courant de mai 1867, un abcès se forma, et dans les derniers jours du même mois, la pierre sortit librement.

Ce calcul, dont la pesanteur spécifique est peu considérable, est très-friable : son poids est de 38 grammes; sa forme est celle d'un cylindre allongé, irrégulier, un peu noueux, mesurant dans sa plus grande étendue plus de 8 centimètres, et dans son diamètre le moins considérable plus de 3 centimètres. L'extrémité, qui très-probablement répondait à l'orifice vésical, est irrégulière et comme modelée sur des anfractuosités.

A la suite de l'issue de ce calcul, il resta une fistule urinaire qui a demandé près de quatre à cinq mois pour se fermer; la cicatrisation n'a été obtenue qu'après des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent.

RAPPORTS.

M. de Saint-Germain donne lecture des deux rapports suivants :

I. — Rapport sur deux notes présentées à la Société de chirurgie par M. Dauvé, médecin-major.

Les conclusions de ce rapport sont :

1° De remercier M. Dauvé de son travail;

2° De déposer dans les archives les observations qu'il a communiquées à la Société;

3° D'inscrire le nom de M. Dauvé au nombre des candidats à la place de membre correspondant.

II. — Rapport sur une note de M. Leroux, de Versailles, relative au traitement de la syphilis par le bichromate de potasse.

Les conclusions de ce rapport sont :

1° De remercier M. Leroux de son intéressante communication;

2° De déposer son travail dans les archives;

3° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Lefort. M. Leroux redoute l'apparition de la salivation après l'emploi du traitement mercuriel. Je dois dire que, pendant dix-huit mois passés à l'hôpital du Midi, si j'ai vu souvent la salivation mercurielle succéder aux onctions pratiquées dans les cas d'orchite, je n'ai,

en revanche, jamais observé de salivation grave chez les syphilitiques auxquels j'administrais le mercure à l'intérieur.

COMMUNICATIONS.

M. **Depaul** communique l'observation suivante :

Déchirure centrale du périnée chez une primipare.

Femme brune, assez bonne constitution, d'un embonpoint modéré. Conformation du bassin normal.

Réglée à 14 ans, huit jours par mois, d'une façon très-régulière, sans interruption.

Dernière apparition des règles inconnue.

Dans les premiers mois de la grossesse, elle a eu plusieurs hémorrhagies modérées, puis quelques nausées et quelques vomissements.

Le 9 décembre 1867, à trois heures du soir, cette femme est prise des premières douleurs et est amenée à l'hôpital.

Rupture spontanée des membranes à cinq heures du soir.

Terminaison à cinq heures et demie.

Sommet en O. I. G. A.; garçon; poids, 3,050 gr.

La malade était arrivée à la fin du travail avec des douleurs régulières et très-fortes. La tête, arrivée à la vulve, resta pendant quelque temps entre les cuisses coiffée par le périnée, qui faisait une saillie considérable, l'occiput dirigé en avant et la vulve entr'ouverte le laissant apercevoir. Tout à coup, sous l'influence d'une douleur plus vive, le périnée s'ouvre et le front et la face apparaissent. Une deuxième douleur, qui survient quelques minutes après, achève d'agrandir l'ouverture, et la tête entière passe par la déchirure, suivie bientôt du tronc. La délivrance a été opérée par l'orifice vulvaire, la sage-femme en chef ayant ramené le cordon par la vulve.

Le périnée offre une plaie béante infundibuliforme longue de 6 centimètres, large de 3 centimètres, circonscrite par deux lèvres épaisses irrégulières, contuses; limitée en arrière par le sphincter anal, qui est intact; en avant, par le repli membraneux qui constitue la fourchette.

La vulve, petite, étroite, régulière, examinée immédiatement, ne présente aucune des lésions que produit habituellement un premier accouchement.

Les 10 et 11, la vulve a l'étroitesse et la forme de celle d'une femme qui n'a pas eu d'enfants. L'anneau vulvaire est intact; la plaie est un

peu rétrécie : elle offre un léger enroulement des bords cutanés; les parois latérales de la plaie sont plus rapprochées, sans réunion.

Le soir, à six heures, elle est prise d'un petit frisson. Pouls à 96. Un peu de chaleur à la peau. La fosse iliaque gauche, un peu sensible à une forte pression. Cataplasmes.

12 décembre. — Pouls à 112. Ventre plat, souple, un peu sensible à droite; la plaie un peu blafarde, humide, béante. Écoulement sanieux fétide. La plaie est tuméfiée et douloureuse; les bords se renversent de plus en plus. Cataplasmes de fécule.

13 décembre. — La surface de la plaie est grisâtre, sanieuse; les tissus environnants sont souples, moins adématiés, moins sensibles; le pouls à 108; l'état général meilleur.

14 et 15 décembre. — La plaie commence à se déterger, et on voit déjà quelques bourgeons charnus qui se développent au centre de ce tissu grisâtre qui constitue la plaie. État général satisfaisant. L'écoulement lochial se fait presque en entier par la plaie. Pansement avec vin aromatique, une portion.

17 décembre. — La plaie est aujourd'hui complétement détergée et rose, vermeille. A trois heures, la femme est prise d'un frisson qui a duré une demi-heure. Pouls à 104; bouche mauvaise; langue un peu chargée; la plaie est un peu douloureuse; deux selles normales pour la première fois.

18 décembre. — État général satisfaisant; une portion; vin de Bordeaux; pansement avec vin aromatique.

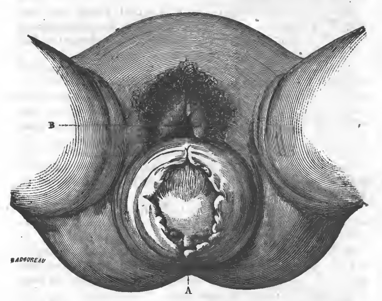
19 décembre. — La plaie se rétrécit un peu; elle s'affaisse et bourgeonne bien. État général parfait. La plaie a toujours 6 centimètres de long sur 3 centimètres de large; elle bourgeonne très-bien, et la partie correspondant à la commissure est déjà en partie cicatrisée. Un jour de diarrhée. État général un peu moins bon.

20 décembre. — Même état; toujours de la diarrhée. La plaie reste belle. Un quart de portion, avec vin aromatique, tilleul, orange. Deux potages, deux bouillons.

A partir de ce moment, la plaie va toujours en se rétrécissant et en bourgeonnant, et le 26 décembre, la plaie mesurée présente les caractères suivants : un entonnoir de 3 centimètres de long et de large, percé d'un trou à son fond qui va faire communiquer le vagin avec l'extérieur, et entouré par deux bords d'une épaisseur d'un centimètre qui se renversent un peu plus du côté de la vulve et de l'anus. L'orifice a une dimension qui laisse passer le doigt à frottement. Plaie rose, vermeille, belle, indolore, suppurant très-peu.

Pendant tout le mois de janvier, la plaie se rétrécit de plus en plus,

et aujourd'hui, 5 février, la plaie est réduite au volume d'une pièce de un franc tout au plus, offrant à son centre un canal étroit qui aujourd'hui laisse à peine passer une plume. L'état général reste satisfaisant, et la femme, qui est restée couchée jusqu'au 1er, se lève depuis cette époque sans que cela arrête en quoi que ce soit la cicatrisation.



Après avoir examiné cette déchirure du périnée, j'avais annoncé que des soins de propreté suffiraient pour amener, chez cette femme, une guérison complète. Au bout de cinq semaines, il ne restait plus qu'un pertuis dans lequel on pouvait introduire une petite plume. Cette femme est partie pour l'asile du Vésinet. Il est très-vraisemblable que, d'ici à quelques jours, la plaie sera complétement fermée.

Les faits de la nature de celui que je vous fais connaître sont rares, et, il y a quelques années, Capuron les niait.

Ces ruptures peuvent se produire dans des conditions très-différentes. Ici, il s'agissait d'une première position du sommet, sans vice de conformation du bassin; mais le périnée était un peu plus long que dans l'état normal et excessivement souple.

C'est la peau qui s'est déchirée la première.

Quand on étudie les lésions dont le périnée peut être le siége en pareille circonstance, on voit que tantôt c'est la peau qui se déchire la première, tantôt c'est la muqueuse. Quelquefois, la peau seule est déchirée et la muqueuse reste intacte; d'autres fois, la muqueuse est déchirée et la peau saine.

Ces cas-là sont plus communs qu'on ne le croit, surtout ceux dans lesquels la muqueuse seule est déchirée. Chez les femmes qui se plaignent de douleurs dans cette région après l'accouchement, il faut songer à l'existence de cette lésion.

Dans d'autres cas, la déchirure est complète : elle porte sur la muqueuse et la peau, et l'enfant peut passer par cette ouverture artificielle; mais d'autres fois, et c'est le cas le plus commun, malgré la déchirure centrale, l'accouchement se fait néanmoins par les voies naturelles. Dernièrement, j'ai observé un fait de déchirure centrale du périnée; l'enfant n'est pas sorti par cette ouverture anormale. J'ai conseillé de s'abstenir de toute réunion; la guérison a eu lieu. Les livres de Moreau, de Velpeau, renferment des observations analogues; presque toujours, on a obtenu une guérison complète sans avoir eu besoin de faire une suture.

Mon but, en vous communiquant ce fait, est de faire connaître un nouvel exemple d'une lésion rare, pour laquelle la guérison a été obtenue sans opération.

M. Blot. Je crois que les faits de la nature de celui que M. Depaul nous a communiqué sont extrêmement rares, surtout si l'on tient compte du mode de présentation (présentation céphalique) et de position (occipito-iliaque gauche antérieure).

J'ai vu des cas de déchirure centrale du périnée, succédant à une position occipito-postérieure qui ne s'était pas réduite en antérieure par le mouvement de rotation.

Ce qui peut faciliter aussi ces déchirures, c'est la grande étendue du périnée et la situation très en avant de la vulve.

Dans le cas actuel, peut-être qu'avec deux doigts placés dans le rectum, on aurait pu favoriser le redressement de la tête et empêcher la rupture.

M. Depaul. Le dernier mouvement s'est fait avec une telle rapidité, que l'attention a été surprise. Le périnée était tellement mince, qu'il eût peut-être été difficile d'éviter l'accident.

Pendant un certain temps j'ai cru, avec la plupart des accoucheurs, que les positions occipito-postérieures étaient presque la condition *sine quâ non* pour la production de cet accident. Eh bien! chose

curieuse, les observations dans lesquelles cette position est indiquée sont très-rares.

Les causes de cette déchirure peuvent être la longueur plus grande de la symphyse pubienne ou du périnée, la courbure exagérée du sacrum. Autrefois, j'ai enseigné que pour que cette lésion pût se produire, il fallait presque nécessairement qu'il existât une position occipito-postérieure. Je m'étais évidemment trop avancé! Je crois que, pour remonter à l'étiologie de cet accident, il faut insister beaucoup sur la flaccidité des parties molles du bassin, ainsi que cela s'observe chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, ou chez celles qui, d'abord très-grasses, sont devenues très-maigres. Certaines femmes ont le périnée trop large pour l'ouverture qu'il doit boucher, et je crois que, dans le cas que je viens de vous faire connaître, la déchirure est due à une disposition de ce genre.

M. Tillaux communique la note suivante :

Sur l'opportunité du Trépan.

M. Tillaux. Vous n'avez sans doute pas oublié l'importante discussion qui s'est produite l'année passée au sein de la Société sur l'opération du trépan, à l'occasion d'un malade présenté par notre collègue, M. Broca. Je n'ai pas l'intention de provoquer aujourd'hui une nouvelle discussion, mais bien de répondre à l'appel qui fut fait alors par quelques-uns de nos collègues. Ce n'est pas, en effet, par la théorie que nous arriverons à formuler les règles précises touchant la trépanation du crâne, mais bien par l'étude attentive des faits cliniques. Quelques chirurgiens éminents de notre époque ont rejeté absolument une opération admise sans conteste par tous nos devanciers des siècles passés. Nous avons donc besoin de nous faire une opinion, de voir de quel côté est l'exagération, de quel côté est la vérité, et l'examen attentif des observations peut seul nous conduire à ce résultat.

Je ne vous rappellerai pas, Messieurs, toutes les opinions émises devant vous l'année passée; je vous dirai seulement que l'on a rejeté avec raison le *trépan préventif*, c'est-à-dire une opération grave destinée à prévenir les accidents qui n'existent pas encore et qui ne surviendront peut-être pas. Je ne veux pas non plus parler du trépan *consécutif*, qui a pour but de porter remède à des accidents bien définis, bien limités, apparaissant après la guérison des désordres initiaux. C'est cette trépanation consécutive ou tardive qu'avait heu-

reusement pratiquée M. Broca, et pas un de nous ne doute qu'il y ait des cas où elle soit formellement indiquée.

Le point réellement en litige, le point obscur, difficile de cette question, c'est le trépan *primitif*, c'est-à-dire appliqué aux accidents primitifs.

Lorsqu'une fracture du crâne, avec ou sans plaie, est accompagnée de phénomènes tels que résolution générale, coma, etc., nous sommes d'un avis unanime : il ne faut pas trépaner; ce serait agir aveuglément, j'ajoute d'une façon tout irrationnelle. Mais voici le cas vraiment discutable, et c'est celui sur lequel je désire appeler votre attention :

Un malade présente une fracture du crâne avec plaie des téguments, il a conservé sa connaissance et répond aux questions qu'on lui adresse. Mais il est atteint d'une hémiplégie complète ou incomplète du côté opposé à la lésion. N'est-ce pas là, Messieurs, le cas le plus favorable à l'application du trépan primitif? Fracture du crâne évidente dont on connaît le siége précis, avec paralysie du côté opposé. Il n'est pas douteux que le cerveau soit comprimé ou par les fragments, ou par un épanchement de sang. Que doit faire le chirurgien? doit-il trépaner dans ce cas où l'indication paraît si précise? C'est ainsi que, selon moi, il faut poser la question, car du moment où nous rejetons le trépan préventif comme irrationnel, nous devons le rejeter dans tous les cas où nous n'avons pas de raison sérieuse d'enlever la couronne osseuse sur un point déterminé et limité du crâne. Mais cette première question ne peut être résolue qu'après celle-ci :

Même dans le cas, si favorable à l'application du trépan, que je viens de supposer, est-il toujours possible de reconnaître et l'agent de la compression cérébrale et le point précis où s'exerce cette compression? N'est-il pas évident, Messieurs, que si, dans l'hypothèse où je me suis placé, nous sommes encore réduits à agir aveuglément, le trépan primitif est bien près d'être condamné? Cette grosse question ne peut être résolue que par des faits; aussi n'ai-je pas la prétention aujourd'hui de la résoudre, ni même de la discuter. Je ne fais que la poser et vous apporter deux observations qui pourront contribuer à sa solution. En voici le résumé :

Tronchi (Henri), âgé de 18 ans, garçon plombier, entre le 27 décembre 1867 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, nº 30.

En travaillant dans une église, il est tombé sur le sol de la hauteur environ d'un troisième étage. A son entrée, le malade est dans un état voisin de la résolution; il y a de la somnolence, de la torpeur; cepen-

dant il répond aux questions qu'on lui adresse et signale la région lombaire comme étant le siége d'une douleur assez vive. Le pouls est petit et lent. Il n'y a d'écoulement de sang ni par le nez, ni par l'oreille. Sur le crâne, vers le sommet de la tête et à 2 centimètres environ à droite de la ligne médiane, existe une plaie contuse peu étendue, au fond de laquelle on sent les os à nu à l'aide du stylet. Rien n'indique l'existence d'une fracture.

Une compresse froide est appliquée sur la plaie, sangsues derrière les oreilles et émétique en lavage.

Le malade reste à peu près dans le même état les jours suivants; il urine et va à la selle normalement; la motilité et la sensibilité sont intactes.

Le 1er janvier, à la visite du matin, amélioration notable; le malade ouvre les yeux, répond mieux aux questions. Il souhaite la bonne année à la religieuse de la salle. Quelques heures après, on le trouve mort dans son lit, sans que les voisins s'en soient aperçus.

L'autopsie révèle l'existence d'une fracture fissuraire du crâne commençant non pas au niveau de la plaie extérieure, mais à 2 centimètres en dehors d'elle. La fissure se continue obliquement sur le pariétal droit et aboutit au trou occipital en passant derrière le rocher, qui est intact.

La lésion capitale est un caillot sanguin situé sur les côtés du cerveau, au niveau de la fosse temporale entre la dure-mère et la boîte crânienne. Ce caillot est noir, adhérent à la dure-mère; il est arrondi, mesure environ 4 centimètres de diamètre et 1 centimètre à peu près d'épaisseur.

Le cerveau, presque intact, présente seulement au niveau de la fracture quelques taches ecchymotiques.

Il me paraît certain, Messieurs, que la mort a été déterminée par la formation brusque de ce caillot dans la région temporale droite. Admettons que ce caillot se soit formé plus lentement ou que l'hémorrhagie ait été moins abondante, le jeune homme aurait continué à vivre, mais avec une hémiplégie gauche. Le chirurgien eût pu songer alors à intervenir à l'aide du trépan. N'était-il pas indiqué de l'appliquer sur le point du crâne où était la plaie extérieure et où avait dû porter le choc? Évidemment oui; eh bien! l'agent compresseur, le caillot s'en trouvait à une distance telle, qu'il était impossible de l'atteindre. L'opération eût donc été nécessairement inutile.

Le deuxième malade, dont je vous présente le crâne, est plus instructif encore que le précédent, car ce qui n'était tout à l'heure qu'une hypothèse s'est ici réalisé. Nous avons vu l'hémiplégie appa-

raître ct augmenter peu à peu sous nos yeux, si bien que sans l'infection purulente à laquelle a succombé le malade, je n'aurais pas manqué de songer sérieusement au trépan, et j'eusse accompli une triste besogne, ce dont je vous donnerai la preuve.

Voici le résumé de cette observation :

André B..., domestique, âgé de 27 ans, est tombé en voulant descendre d'un chemin de fer encore en marche. Il entre salle Saint-Barnabé, à l'hôpital Saint-Antoine, le 3 février. Il existe au-dessus de l'arcade sourcilière gauche une plaie aux téguments, large de 8 centimètres environ. En écartant les lèvres de cette plaie, on coustate de la façon la plus nette la fracture que je mets sous vos yeux et que je vous décrirai dans un instant.

Le malade présente l'état d'un homme profondément endormi. Il n'a pas prononcé une parole depuis son entrée. Le pansement de sa plaie détermine une vive douleur due à la présence d'un filet du frontal qui est touché par l'éponge. Le malade résiste énergiquement, il exécute avec ses deux bras des mouvements très-violents et pousse même un fort juron; puis, le pansement terminé, il retombe dans l'assoupissement. Souvent il bâille et grince des dents.

Il y a peu de changement les deux premiers jours. Cependant, le 5, il répond à l'appel de son nom.

Le 6, il répond à mes questions, ouvre les yeux et boit volontiers. Pendant ce temps, le pouls battait 52 et même 48.

Le 11 février, c'est-à-dire le huitième jour de l'accident, je constate pour la première fois un affaiblissement de la sensibilité et de la motilité dans tout le côté droit, ce que le malade reconnaît lui-même. Il répond plus mal aux questions, laisse ses phrases inachevées ou les termine par une sorte de ricanement idiot. L'hémiplégie augmente les jours suivants, au point qu'il ne peut soulever son bras droit qu'à l'aide de sa main gauche, et le 20 février, le côté droit de la face se paralyse également, en même temps qu'il répond de plus en plus mal aux questions qu'on lui adresse.

Le 21, il est pris d'un violent frisson et de délire. Le pouls est à 116. Le 23, deux nouveaux frissons; vomissements. La face est terreuse, la plaie flétrie. Il meurt le 25.

Vous voyez la fracture : elle part de la ligne médiane sous la forme d'une fissure transversale qui, arrivée au niveau de la fosse temporale, se dirige obliquement en arrière et en bas vers l'angle antérieur et inférieur du pariétal gauche pour aller aboutir à la base du crâne, au niveau du trou ovale.

Près de la ligne médiane, sur le frontal, là où commence la frac-

ture, de la fissure transversale partent deux fissures verticales distantes l'une de l'autre de 3 centimètres qui isolent ainsi un fragment quadrangulaire libre seulement par trois de ses côtés. Ce fragment est déprimé de 2 millimètres environ vers la boîte crânienne.

Vu par sa face interne, le crâne présente les mêmes détails que ci-dessus, mais on constate en plus que la lame vitrée du fragment antérieur a éclaté. Il existe deux éclats inclinés obliquement comme un toit, et faisant dans la boîte crânienne une saillie d'environ 6 ou 7 millimètres.

La lésion sur laquelle j'appelle spécialement votre attention, Messieurs, est la suivante : le trait de la fracture a divisé l'artère méningée moyenne au niveau de l'angle antérieur et inférieur du pariétal gauche. Il en est résulté la formation d'un énorme caillot que je vous présente et qui siége entre les os du crâne et la dure-mère. Ce caillot, aussi large que la paume de la main d'un adulte, a plusieurs centimètres d'épaisseur. Il occupe toute la fosse temporale et se prolonge même en arrière. Certaines parties de ce caillot sont noires et d'origine récente, d'autres sont jaunes, fibrineuses, et remontent vraisemblablement au début de l'accident. Je vous signale encore l'adhérence intime du caillot à la face externe de la dure-mère. Vous pouvez constater que le centre du caillot se trouve à 10 centimètres au moins du fragment déprimé et de la plaie extérieure.

Entre la dure-mère et le cerveau, aucune trace d'épanchement de sang ni de contusion. Le cerveau est seulement très-aplati dans toute la partie correspondante au caillot. La dure-mère, l'arachnoïde, la pie-mère et la substance cérébrale sont complétement intactes au niveau des éclats de la lame vitrée.

J'ai à peine besoin, Messieurs, de faire ressortir l'importance de ce fait au point de vue de l'opération du trépan. Voici un malade qui présente une fracture du crâne avec un fragment légèrement déprimé et une plaie aux téguments. Il ne tarde pas à recouvrer en partie son intelligence et l'usage de la parole, mais survient bientôt un affaiblissement de tout le côté du corps opposé à la fracture. L'indication du trépan primitif a-t-elle jamais été plus précise que dans ce cas? Eh bien! les pièces en main, on peut affirmer que l'opération n'eût fait qu'ajouter sa propre gravité à celle de la lésion crânienne, puisque l'hémiplégie était due non pas à la dépression des fragments ni aux éclats de la lame vitrée, mais bien à la présence d'un caillot qui, par sa situation, son volume, son étendue, ses adhérences, était inaccessible à la trépanation.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Amputation de la jambe au lieu d'élection. Appareil prothétique.

M. GUYON présente un malade amputé de la jambe au lieu d'élection. Ce malade porte un appareil de M. de Beaufort depuis quinze jours; il marche facilement. Sur ce point, M. Guyon réserve son appréciation pour une époque ultérieure.

M. Guyon a fait une amputation à lambeau externe d'après le procédé de M. Sédillot. Le résultat obtenu est des plus satisfaisants. C'est la troisième fois que M. Guyon a pratiqué l'amputation de la jambe en taillant un lambeau externe, et trois fois le succès n'a rien laissé à désirer.

M. LÉON LEFORT. L'opération pratiquée par M. Guyon lui a donné un très-beau résultat; le moignon est régulier, bien matelassé de masses musculaires, et par conséquent dans d'excellentes conditions pour l'application facile d'un appareil prothétique; cependant le malade qu'il nous présente, loin de nous montrer les avantages de l'appareil de M. de Beaufort, nous en montre au contraire les inconvénients. Ainsi, le point d'appui est pris dans cet appareil sur la surface, sur les saillies de la cuisse et du genou et non sur l'ischion. Qu'est-il arrivé? Le malade a placé un gros coussin en avant de la crête tibiale, il a fait subir au manchon de cuir un mouvement de bascule, et il marche aujourd'hui en s'appuyant surtout sur le genou demi-fléchi. Quelle solidité y a-t-il dans ces deux attelles de bois, articulées par cette plaque de tôle grossièrement rivée? L'appareil est détestable et qui, plus est, dangereux. On a parlé du mérite et de la nouveauté de ce pied, dont la plante est convexe; d'abord tous les pieds articulés au niveau de l'interligne du métatarse et des phalanges deviennent, dans la flexion, de véritables pieds convexes; et en second lieu, il n'y a encore là rien dont M. de Beaufort puisse réclamer l'invention. Il y a dix ans que M. Ferdinand Martin a fait des pieds à plante convexe, et il en a donné le dessin dans son travail sur la prothèse des membres inférieurs. Je n'ai rien dit jusqu'à présent des appareils de M. de Beaufort; il m'importait peu qu'ils fissent ou non l'admiration des gens du monde; mais aujourd'hui, il n'en est plus de même : une circulaire de l'administration des hôpitaux nous annonce que la jambe artificielle de M. de Beaufort est la seule qui sera fournie à nos amputés, sauf circonstances exceptionnelles; il est temps de protester dans l'intérêt des malades et au nom des principes de la pratique chirurgicale contre la faveur qu'on accorde à tort à cet appareil.

M. Tillaux. Je ne saurais accepter le blâme que M. Lefort jette sur les appareils prothétiques de M. de Beaufort. Voici un malade qui se sert, depuis quinze jours seulement, de sa jambe artificielle, et qui marche aisément. Elle n'est pas solide, dit-on. Je demande que l'expérience prononce sur cette question. Mais où l'appréciation de M. Lefort me paraît surtout injuste et inacceptable, c'est à propos de la main artificielle. Elle est incontestablement supérieure à toutes celles qui ont été faites jusqu'à présent : c'est, comme l'appelle son auteur, une main utile. M. de Beaufort, à force de chercher, est arrivé à trouver la combinaison la plus simple : il a sacrifié les mouvements accessoires pour le mouvement principal, qui est celui d'opposition du pouce. Sa main artificielle est une veritable pince à deux branches, dont l'une, représentée par les quatre doigts, est demi-fléchie et fixe, tandis que l'autre, représentée par le pouce, est mobile, et s'oppose librement à la première. Je maintiens que c'est là une idée très-ingénieuse et qui appartient en propre à l'auteur. Il n'a pas eu la prétention de faire des appareils de luxe, mais bien des appareils utiles et de nombreuses observations ont démontré qu'il avait réussi.

On objecte qu'il n'est pas possible de lever, avec cette main, de pesants fardeaux; mais avec quelle main artificielle le peut-on faire? Il y a, pour cela, le crochet adapté au moignon. Il ne faut demander à un bras artificiel que ce qu'il peut donner, c'est-à-dire l'appréhension des objets légers qui servent à chaque instant dans les besoins ordinaires de la vie; or je déclare que, sous le rapport de l'utilité, de la légèreté et de la modicité du prix, la main artificielle de M. de Beaufort l'emporte sur toutes les autres.

M. Léon Lefort. Le bras artificiel de M. de Beaufort a, sur la jambe artificielle, l'avantage de rendre des services dans plusieurs circonstances; lorsqu'il s'agit, par exemple, de militaires pensionnés et retraités, d'employés ou de garçons de bureau de ministères ou de grandes administrations; mais pour nos ouvriers qui doivent vivre en travaillant, il leur faut, avant tout, un membre solide. J'ai fait renouveler au bureau central l'appareil d'un malheureux privé des deux mains. Quel métier fait cet homme avec ses avant-bras fabriqués par Charrière? Il est terrassier de la ville de Paris. Nous avons tous vu un homme conduisant, avec le crochet qui terminait son appareil, les chevaux de renfort pour les omnibus remontant le boulevard de Sébastopol. La main artificielle de M. de Beaufort n'a d'autre force que celle du ressort qui agit sur le pouce; c'est un appareil bon, je le reconnais, pour ceux qui n'ont besoin que de peu de force et de travail; mais le principe du mouvement n'appartient

pas davantage à M. de Beaufort; il appartient à Van Petersen qui, en 1845, présenta son bras artificiel à l'Académie des sciences, et ce principe a été, avant M. de Beaufort, appliqué et étendu dans ses applications par MM. Charrière, Béchard, Mathieu, etc.

En résumé, pour ce qui concerne la jambe artificielle, le seul bon appareil pour nos malades pauvres est toujours le pilon, ou, si l'on veut conserver la mobilité des articulations et masquer la mutilation, les seuls points d'appui solides sont le genou fléchi ou l'ischion.

M. Larrey. Je me rallie à l'opinion de M. Tillaux. Si la main artificielle ne peut suffire pour les mouvements de force, elle permet les mouvements délicats. Je crois que l'idée généralisée du pied à base convexe appartient à M. de Beaufort. Je suis moins disposé à défendre l'appareil de la jambe construit par cet inventeur.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. Fichot, fabricant d'appareils orthopédiques, soumet à l'examen de la Société une jambe artificielle de son invention.

Cette jambe est très-solide et revient à un prix relativement peu élevé. Les montants sont en acier, la garniture du cuissard en peau forte, le mollet en cuir durci. On a ménagé un point d'appui au niveau de l'ischion. Le pied, d'une seule pièce, en bois léger (en bois de tilleul, par exemple), est articulé avec la jambe.

L'articulation du genou a lieu à l'aide d'un boulon très-fort et rivé. Il existe en avant un point d'arrêt, afin que la flexion du membre ne puisse être exagérée. Le mollet, en cuir durci, descend jusqu'à l'articulation du pied. Les montants en acier sont réunis à la partie inférieure de la jambe par deux traverses fortement rivées. Quant au pied, il est fixé solidement à la jambe au moyen d'un boulon qui le traverse de part en part, ainsi que les deux montants en acier.

Au niveau du pied, deux ressorts en caoutchouc placés l'un en avant, l'autre en arrière, vont se réunir aux traverses de la jambe et donnent lieu à un tirage continu lorsque le pied est en mouvement, ce qui contribue à donner à celui-ci l'aspect d'un pied naturel.

L'amputé que présente M. Fichot porte cet appareil depuis quelques jours. Il marche facilement.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. Marjolin présente la pièce suivante :

Gangrène spontanée des extrémités inférieures, chez un enfant de 26 mois, ayant une communication congéniale à la base des deux ventricules du cœur.

M. Marjolin. Les cas de gangrène spontanée de ce genre ne sont pas communs dans la science, ils appartiennent à cette variété dite sénile décrite aussi par Jeanroy sous le nom de gangrène des gens riches; affection le plus habituellement due à une gêne dans la circulation. Dans l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez, édition de 1853, il n'y en a que six cas de mentionnés. Ces six enfants avaient de 3 à 4 ans et demi, et presque tous ont succombé plus ou moins rapidement.

Chez ce petit malade, nous n'avons pas été témoins du début de l'affection; nous ne l'avons vu que peu de jours, et je ne saurais mieux faire que donner l'observation telle qu'elle a été recueillie avec beaucoup de soin par M. Chaume, interne du service.

Les parents sont jeunes et ont un autre enfant qui se porte bien, mais le père est atteint depuis trois ans d'une bronchite chronique; de plus, leur logement est insalubre, et déjà un médecin leur a conseillé de le quitter.

13 mars 1868. — L'enfant qu'on nous présente est âgé de 2 ans, petit, maigre, chétif : il n'a pas été vacciné. A l'âge de 5 mois, il a eu dans l'aisselle droite un petit abcès qui suppure encore, il a eu également quelques croûtes dans les cheveux, aujourd'hui disparues. Malgré un bon appétit, il a toujours été maigre et maladif; sa mère, qui l'a nourri, nous fait remarquer que, presque dès sa naissance, il fut pris d'une toux qui n'a jamais cessé.

Il y a trois semaines environ, on remarqua, sous l'ongle du gros orteil gauche, des marbrures violacées bientôt suivies de taches noires qui se sont successivement étendues à tous les orteils, à la face plantaire, au bord externe du pied et au talon. Trois jours après, le pied droit devenait également malade, et de ce côté la maladie a exactement suivi la même marche; toujours les taches noires étaient précédées de marbrures violacées.

Aujourd'hui, on voit : rougeur violette des deux extrémités inférieures s'étendant depuis les orteils jusqu'au dessus des malléoles, et cela au même niveau des deux côtés. Les talons et les orteils sont noirs, comme cornés et momifiés. Toutes ces parties sont froides; la sensibilité est nulle sur les parties noires, douteuse sur les parties rouges, et très-vive à la limite de la rougeur.

La maladie semble devoir s'arrêter au-dessus des malléoles, car, depuis huit jours, la rougeur ne monte plus. Depuis cette époque, également, l'enfant semble être moins mal. La mère assure qu'il a moins de fièvre, qu'il tousse moins et qu'il mange mieux.

En ce moment la toux est continue, la peau chaude, le pouls fréquent, mais très-petit; le pouls radial est à peine sensible, l'artère fémorale elle-même bat faiblement, et cependant les mouvements du cœur sont tumultueux et ses bruits s'entendent dans toute la poitrine; on peut saisir un bruit de souffle, mais il est impossible de lui assigner un siége.

Pouls, 130; température de l'aisselle, 38; du rectum, 39. En arrière du thorax, submatité. On entend des râles sous-crépitants à la base des deux poumons.

14 mars. On constate les mêmes symptômes. Cataplasmes saupoudrés de quinquina et de charbon.

Pouls, 140; 75 respirations par minute. Une raie de nitrate d'argent est faite sur les limites de la rougeur pour permettre de constater les progrès de la maladie.

15 mars, matin. — La raie est dépassée de 1 millimètre; on voit quelques phlyctères qui paraissent causées par le cataplasme. On constate un peu de diarrhée et un commencement de cyanose.

Pouls, 144; respiration, 84. Les urines ne présentent ni sucre, ni albumine.

Soir. — Température de l'aisselle, 37; du rectum, 39. L'oppression et la cyanose s'accusent de plus en plus. L'enfant meurt le soir, à neuf heures.

Autopsie. — L'enfant a 70 centimètres de long; il est très-peu développé, ses membres inférieurs sont surtout très-grêles.

On ouvre avec précaution la cavité thoracique, et tout d'abord on est frappé du volume considérable du cœur. Il n'existe aucune adhérence, soit entre les plèvres et le poumon, soit entre le cœur et le péricarde. Le cœur est globuleux, le sillon qui occupe à l'état normal sa face antérieure est peu accusé, et au lieu de se diriger vers la pointe, il va se terminer vers le milieu du bord droit, ce qui indique déjà que l'hypertrophie de l'organe porte principalement sur le ventricule gauche. En effet, ce ventricule, ouvert, offre des parois épaisses d'un centimètre environ; sa capacité dépasse de trois ou quatre fois celle du ventricule droit. La valvule auriculo-ventriculaire gauche est très-développée : les colonnes de premier et deuxième ordres sont fortement accusées, mais toute l'attention se porte sur la paroi interne de ce ventricule, où l'on voit un orifice de communication avec le

ventricule droit. Il est triangulaire, long de 15 millimètres et large de 8; ses bords sont arrondis et ne présentent pas l'aspect réticulé que l'on voit sur tout le reste de la surface interne du ventricule gauche. Ils sont formés de deux lames de substance musculaire qui, au lieu de s'appliquer exactement, se sont croisées obliquement, de manière à laisser un espace vide.

Le ventricule droit n'offre rien qui ne soit normal, si ce n'est l'orifice de communication avec le ventricule opposé; sa disposition est la même.

Dans les deux ventricules, l'endocarde est blanc, épaissi, surtout au voisinage des orifices et des valvules.

Les oreillettes ont leurs parois et leur volume ordinaires. Rien de remarquable sur les orifices artériels. Les artères aorte et pulmonaire suivent leur trajet habituel; leurs parois ne présentent aucune lésion. On a suivi soigneusement l'aorte dans tout son trajet, et les artères du membre inférieur, depuis la bifurcation de l'aorte jusqu'aux parties mortifiées, sans trouver aucune cause de gangrène.

Les deux poumons sont entiers, durs, peu aérés. La coupe en est rouge foncé; ils crépitent cependant et peuvent surnager. Il y a là une congestion passive, symptomatique, d'une circulation difficile. L'arbre aérien est intact. Le sommet du poumon, le droit en particulier, offre de petits tubercules isolés, dont quelques-uns sont remplacés par de la matière puriforme.

Le foie, les reins, sont volumineux et fortement congestionnés.

Parties mortifiées. — Une coupe verticale, pratiquée sur le pied, nous fait voir que les téguments seuls sont entièrement mortifiés. En effet, les cartilages, les os, les muscles du tarse et du métatarse sont à peu près sains. Mais il n'en est pas de même des orteils : le gros orteil, surtout, est dur comme de la corne, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont durs et noirs; les cartilages qui séparent les deux phalanges sont gris; l'articulation qu'ils forment est sèche. On peut suivre, d'avant en arrière, sur cette coupe, les progrès de la mortification. Ainsi, tandis que la phalange onguéale est complétement mortifiée, la phalange métatarsienne ne l'est que dans sa partie antérieure. tandis que les cartilages de l'articulation phalangienne sont grisâtres et secs, ceux de l'articulation métatarso-phalangienne sont moins foncés et encore humides, et, plus en arrière, le premier métatarsien est à peine décoloré. L'examen histologique des vaisseaux, muscles, etc., n'a pas été fait.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 25 MARS 1868

Presidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— *Note sur les polypes fibreux de l'utérus.* — *Note sur la môle hydatoïde*, par M. Ancelet, membre correspondant.

— Quatre brochures : *Sur un cas de trépanation du crâne*; *sur les maladies dominantes à Urbin; sur un cas d'anévrisme traité par la ligature; sur les kystes de l'ovaire et l'ovariotomie*, par le docteur Santopadre, chirurgien à Urbino.

— *Rapport sur l'amputation de la hanche dans la chirurgie militaire* par George A. Otis; Washington, 1867.

— Une lettre de M. le docteur Burcq relative à un esthésiomètre décrit et présenté à l'Académie en 1856.

— Une lettre de remercîments de M. Mazzoni, récemment élu membre correspondant.

COMMUNICATIONS.

M. Panas communique l'observation suivante :

Fracture du crâne. — Compression cérébrale. — Contusion par contre-coup. — Mort en douze heures.

Homme, pharmacien, âgé de 35 ans. Le 30 août 1863, au soir, étant ivre, il tombe de sa hauteur sur le pavé au milieu de la chaussée. Perte immédiate de connaissance. Il est relevé et apporté, à onze heures du soir, à l'hôpital, où l'interne, M. Saurel, constate l'abolition complète du sentiment et du mouvement volontaire avec résolution générale, coma profond, respiration stertoreuse et lente, pouls ralenti à 48, faible. Refroidissement de tout le corps, écoulement sanguin peu abondant par l'oreille droite. Potion avec 6 grammes d'acétate d'ammoniaque. Au moment d'expirer, la peau, livide partout, offre une chaleur brûlante. Pupilles largement dilatées. Cornées insensibles, battements du cœur accélérés et faibles. Inspiration toutes les deux minutes. Bientôt arrêt du cœur, refroidissement subit et mort à dix heures du matin.

Autopsie le 1er septembre, vingt-quatre heures après la mort. — Téguments du crâne intacts, pas d'épanchement sous-cutané. On scie la calotte crânienne circulairement et on l'enlève, ce qui permet de constater une fracture de l'écaille temporale avec décollement de la dure-mère dans toute l'étendue du plan latéral droit du crâne. Tout cet espace est rempli par un caillot noir, dense, ayant la forme d'une brioche, c'est-à-dire un côté convexe en rapport avec les os du crâne, et un côté aplati reposant sur la dure-mère décollée. Extrait de sa place, il pèse 140 grammes. Toute la portion temporale de l'hémisphère est tellement aplatie, qu'au lieu d'être convexe, elle offre une surface plane taillée à pic avec un bord ou circonférence tranchante, exactement comme si l'on avait enlevé un segment du sphéroïde cérébral.

La source de cet écoulement est l'artère temporale moyenne, qui est ouverte. Le cerveau extrait, et les os débarrassés de la dure-mère, on constate à la partie supérieure de la fosse temporale, vers le milieu de la suture écailleuse, une fracture étoilée avec quatre prolongements, un supérieur et un autre antérieur ayant chacun de 3 à 4 centimètres de long, et deux fêlures inférieures. De ces dernières, l'une, postérieure, coupe en long la face antérieure du rocher par son milieu et aboutit au trou déchiré antérieur; l'autre, plus antérieure, parallèle à la précédente, sépare le rocher de la portion écailleuse du temporal, passe par le trou sphéno-épineux et le trou déchiré antérieur, détache complétement la lame carrée que surmontent les apophyses clinoïdes postérieures, et aboutit au trou déchiré antérieur du côté opposé. Ajoutons que des esquilles nombreuses s'étaient détachées du canal carotidien, et qu'une ou deux petites esquilles étaient comme fichées dans les parois de l'artère carotide interne. Outre son aplatissement, le cerveau ne présentait pas de lésions à droite, tandis qu'à gauche, sur le point diamétralement opposé, c'est-à-dire sur la face inférieure du lobe sphénoïdal gauche, on constatait l'existence d'un épanchement sanguin coagulé, noir, dans l'espace sous-arachnoïdien, pouvant peser 4 à 5 grammes, et une contusion du cerveau caractérisée par différents foyers apoplectiques de la substance grise dans l'étendue d'une pièce de cent sous environ, ne dépassant pas toutefois, en profondeur, la couche grise. Nulle autre lésion de la masse encéphalique. Ventricules parfaitement vides. Aucune autre lésion viscérale.

Réflexions. La compression cérébrale par épanchement sanguin traumatique a joué, comme on le sait, un grand rôle dans la pratique du trépan, alors qu'on faisait un véritable abus de cette opération.

Malgaigne, en s'élevant contre le trépan, se fondait non-seulement sur l'examen des faits cliniques, mais aussi sur des expériences qui lui avaient appris que, pour tuer un animal par des injections successives d'eau dans le crâne, il fallait employer une quantité d'eau telle, que supposer qu'une ou deux cuillerées de sang extravasé à la surface du cerveau pouvaient entraîner chez l'homme la mort par compression, ce serait une véritable absurdité, et c'est pourtant là ce qui a été fait par tous les auteurs partisans de la théorie de la compression, et surtout de l'emploi du trépan en pareille occurrence.

Malgaigue fait une seule réserve : c'est pour le cas où l'artère méningée moyenne se trouve ouverte, et cite à l'appui une observation de J. Cloquet où la mort survient de cette façon. A ce point de vue, les deux faits de M. Tillaux, auxquels j'ajoute celui que je viens de rapporter, viennent confirmer l'exception établie par Malgaigne.

Quant à la règle elle-même, j'ai pensé que les expériences de Malgaigne étaient passibles de certaines objections, en même temps qu'il y avait lieu d'indiquer certaines conditions spéciales qui rendent la compression plus efficace.

Malgaigne, en injectant de l'eau pure dans le crâne, ne pouvait pas arriver à préciser au juste la quantité qui est nécessaire pour amener les signes de la compression, puisque ce liquide est repris au fur et à mesure par l'absorption avec une très-grande rapidité.

Voici quatre expériences faites sur des chiens, où j'ai injecté trois fois de l'huile (liquide inabsorbable) et une fois du sang défibriné. Dans ce dernier cas, il a fallu employer, en effet, une plus grande quantité de liquide pour provoquer des accidents.

1re *observ.* (*huile*). *Dure-mère.*

Encépbale pesant 99 grammes; injection de 5 grammes d'huile; dure-mère intacte, 1/20me............	Mort le lendemain matin, dans la stupeur.

2e *observ.* (*huile*). *Arachnoïde.*

		c^3	
Capacité crânienne..............		184	Meurt le troisième jour, 60 heures après, avec des traces de méningite.
Inject...............	40 gouttes.		
— Une heure après.	30 —		
	70		
Dure-mère ouverte.................			

3e *observ.*

Injection de 34 grammes de sang de bœuf défibriné, en deux reprises dans l'espace d'une heure et demie; mort dans la soirée. La capacité crânienne est évaluée à 68 grammes de sang. Dure-mère intacte.

4e *observ.* (*huile*). *Perforation de la dure-mère. Arachnoïde.*

1re injection..........	40 gouttes.	Accidents fébriles, frissons.....	Mort le troisième jour.
2e —	30 —		
3e —	30 —		
4e — le lendemain.	25 —		
Dure-mère ouverte..............................			

Conclusions.

Huile sous arachnoïde. — Obs. 2 et 4, mort lente;
Huile sous les os. — Obs. 1, mort le lendemain avec 5 grammes;
Sang sous les os. 34 sur 68, = 1/2 de la capacité.

Une question plus importante que la nature du liquide, c'est celle du lieu de l'injection. Il est en effet évident que, lorsqu'on injecte du liquide, supposons du sang, dans la cavité arachnoïdienne, non seulement le liquide est repris plus vite par absorption, grâce à l'étendue de la surface absorbante, mais que, de plus, exerçant une compression uniforme sur tout l'encéphale, l'organe n'éprouve pas les troubles qui dérivent d'une forte compression exercée sur un point limité du centre encéphalique. En effet, Messieurs, dans les seuls cas où la compression cérébrale est évidente pour tout le monde comme ceux de J. Cloquet, de M. Tillaux et le mien, nous voyons le sang en grande quantité s'amasser non dans la cavité arachnoïdienne, mais entre les os et la dure-mère décollés, au point d'aplatir l'bémisphère cérébral correspondant.

Les expériences que j'ai faites prouvent aussi ce fait, que lorsque l'injection est pratiquée entre la dure-mère et les os, on détermine plus tôt des accidents, et que la mort est plus rapide que lorsque le liquide est injecté dans la cavité arachnoïdienne.

Je ne prétends pas, Messieurs, avec le petit nombre d'expérience que je vous apporte, trancher en dernier ressort une question complexe de pathologie comme l'est celle de la compression cérébrale, mais j'ai

cru faire chose utile en cherchant à compléter ce qui a été dit par Malgaigne à cet égard, et en montrant aux futurs expérimentateurs la voie dans laquelle ils doivent, je crois, persévérer.

M. Labbé. J'ai actuellement, dans mon service, un homme qui offre un exemple très-évident de lésion cérébrale traumatique par contre-coup. Cet individu a reçu, il y a dix-huit mois environ, un coup très-violent sur le pariétal du côté droit, il est survenu une hémiplégie du même côté. Dans ce cas, comme dans ceux que l'on nous a cités, la contusion cérébrale a vraisemblablement eu lieu dans le point diamétralement opposé à celui qui a reçu le choc.

Chez cet homme, on peut observer une des suites éloignées et assez rares des lésions traumatiques de l'encéphale, je veux parler des accès d'épilepsie.

M. Trélat. Les lésions cérébrales par contre-coup ne sont pas très-rares; on peut même dire que ces faits sont assez communs.

M. Perrin. Les observations de M. Panas confirment ce que j'ai dit bien des fois en ce qui concerne le contre-coup dans la masse encéphalique. Le mécanisme du contre-coup dans la production des lésions cérébrales est aussi rigoureux que celui des fractures par contre-coup telles qu'on les décrivait au siècle dernier.

M. Trélat. Il s'agirait de prouver que les vraies fractures par contre-coup sont fréquentes.

M. Perrin. En dehors des vues théoriques, il me paraît certain que ces faits sont réels, cliniquement parlant.

M. Chassaignac. Dans un certain nombre de cas on croit à un contre-coup, et l'on commet une erreur, parce qu'il y a eu véritablement deux coups donnés en même temps. Très-souvent, il arrive que la tête, recevant un choc très-violent, est en même temps portée contre un plan résistant et reçoit un second coup dans le point diamétralement opposé. C'est là un cas de lésion double par choc direct.

DÉCLARATION DE VACANCE D'UNE PLACE DE MEMBRE TITULAIRE.

M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire et rappelle aux candidats à cette place, qu'à chaque nouvelle déclaration de vacance, ils doivent faire un nouvel acte de candidature. S'ils négligeaient de remplir cette formalité, ils ne pourraient figurer sur la liste de candidature.

LECTURE.

M. Bailly, candidat à la place de membre titulaire, lit un mémoire ayant pour titre : *Mémoire sur la rotation artificielle du fœtus dans les positions occipito-postérieures.*

L'examen de ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Tarnier, Depaul, Guéniot.

COMMUNICATIONS.

M. Panas communique l'observation suivante :

Observation de fracture du bassin.

Vous connaissez la double fracture verticale du bassin décrite par Malgaigne, fracture qui, ayant pour effet de permettre l'ascension du fragment détaché et avec lui de tout le membre inférieur, a pu donner parfois le change et faire croire à l'existence d'une luxation du membre pelvien, au détriment de la fracture du bassin qui restait méconnue. Ici, Messieurs, il s'agit de ce genre de fracture diagnostiquée pendant la vie et avec cette particularité qu'elle existe des deux côtés, en sorte que nous avons affaire à une quadruple fracture verticale du bassin. Ajoutons qu'une cinquième fracture séparait la quatrième pièce du sacrum d'avec la cinquième; en même temps qu'il y avait une rupture de la vessie, sur laquelle je reviendrai après avoir parlé de la fracture.

Le sujet était un homme de 35 ans, charretier, qui, conduisant sa charrette assis sur son cheval, se laissa choir, et la roue lui passa en travers sur le bassin, en décrivant d'arrière en avant une demi-circonférence entière sur la moitié droite du bassin. Cet homme, qui était du reste à moitié ivre, fut relevé et conduit de suite à l'hôpital, où il expira trente-six heures après son entrée, dans l'état suivant :

Facies pâle, hippocratique; extrémités froides; pouls accéléré, 130, presque imperceptible. Plaintes continuelles, agitation, langue sèche. Ni selles, ni urines. Larges ecchymoses sur l'abdomen, le bassin et les fesses, surtout à droite. Ventre extrêmement ballonné, douloureux et sonore à la percussion sur tous les points de son étendue. Vomissements bilieux. En pressant latéralement sur les deux crêtes iliaques à la fois, on perçoit une crépitation évidente à droite, mais non à gauche. Du reste, aucune déformation appréciable du pelvis. Les mouvements de flexion et d'extension du membre inférieur droit provoquent aussi la crépitation du même côté. On s'assure, du reste,

ainsi, que les fémurs sont en place et ne présentent aucune solution de continuité ni au corps, ni au col. Le cathétérisme n'a pas amené une seule goutte d'urine, et le malade n'a pas uriné pendant tout son séjour à l'hôpital.

Voici maintenant ce que nous a révélé l'autopsie.

A droite, il y a deux fractures : une *postérieure* verticale, commence à 2 centimètres de l'épine iliaque postérieure, se dirige en bas vers le sommet de la grande échancrure sciatique et aboutit dans la symphyse sacro-iliaque postérieure qui se trouve ainsi diastasée dans son quart inférieur. La deuxième fracture droite est antérieure, elle siége près de la symphyse pubienne, divisant le pubis au niveau de ces branches horizontale et descendante sur le côté interne du trou ovale.

A gauche, les deux fractures sont plus postérieures qu'à droite; ainsi la fracture pubienne divise les deux branches de l'os vers le côté externe du trou sous-pubien et la fracture iliaque intéresse en haut la base du sacrum pour se diriger ensuite au bas de la symphyse sacro-iliaque gauche et le sommet de la grande échancrure sciatique.

Une grande quantité de sang infiltrait le tissu cellulaire sous-péritonéal, surtout dans la fosse iliaque droite.

La vessie était rompue, et la perforation qui occupait le haut de la face postérieure ou péritonéale de l'organe pris de son sommet, avait l'étendue d'une pièce de deux francs. Dans la vessie, il n'y avait ni urine ni sang, pas plus que dans la cavité péritonéale, dont les parois étaient lisses et dépourvues de fausses membranes.

Il est certain, d'après la disposition des fragments, qui n'étaient pas pour ainsi dire déplacés du côté du bassin, que la perforation vésicale ne peut être expliquée par un traumatisme qu'aurait produit un fragment osseux.

Reste l'hypothèse de la rupture par éclatement du réservoir urinaire en supposant la vessie pleine d'urine et serrée de toutes parts par suite de l'aplatissement de l'hypogastre par la roue. Ce mécanisme me paraît le plus probable, mais, dans ce cas, il faut admettre que l'urine épanchée dans le péritoine a dû se résorber pendant la vie sans déterminer la production de fausses membranes, ce qui ne manque pas que d'étonner un peu.

Pour ce qui est de l'*anurie* qui a existé pendant tout le temps que le malade a survécu, elle peut s'expliquer par le mauvais état général qui faisait de lui presque un cadavre.

M. Larrey. Dans le cas observé par M. Panas, n'existait-il pas en

même temps que la fracture une disjonction, même partielle, des symphyses, soit sacro-iliaques, soit pubiennes?

M. PANAS. A gauche, il n'existait aucune disjonction au niveau de la symphyse sacro-iliaque. A droite, la fracture tombait dans la symphyse, et il y avait disjonction de la partie inférieure de cette dernière, mais pas d'écartement.

M. CHASSAIGNAC. M. Panas a-t-il pu avoir quelques détails sur l'état dans lequel était la vessie avant l'accident? Dans la plupart des cas, pour que la rupture ait lieu, il faut que la vessie soit distendue.

M. PANAS. Le malade était ivre lorsqu'il a été transporté à l'hôpital, et je pense que la vessie était alors distendue par l'urine. Lorsque j'ai examiné ce blessé, le ventre était distendu; j'ai pratiqué le cathétérisme, et je n'ai pas fait sortir une seule goutte d'urine.

M. DEPAUL. Quelle est l'explication que propose M. Panas pour rendre compte de la production de cette fracture? Cet homme était couché; une voiture lui a passé sur le corps, et la ceinture représentée par le bassin, fortement pressée, a éclaté en deux points. C'est là le seul mécanisme auquel on puisse songer, et j'ajoute que c'est d'après ce mécanisme que se produisent habituellement ces fractures.

M. PANAS. Je n'ai pas voulu dire que ce fût là un fait exceptionnel. Il rentre dans la règle; mais ces faits sont encore assez rares pour qu'il soit bon de les décrire.

M. LARREY. Des fractures du bassin qui sont communes et qu'il ne faut pas oublier, ce sont celles qui sont dues à des coups de feu.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. DEMARQUAY présente une pièce relative à une blessure de l'artère intercostale et l'accompagne de la note suivante :

Blessure de l'artère intercostale. Hémorrhagie. Mort (1).

Le 3 mars de cette année, un jeune Polonais âgé de 26 ans entrait dans mon service, pour se faire traiter d'un vaste abcès situé sur la partie latérale gauche de la poitrine. L'origine de cet abcès remonte à 1863. A cette époque, ce jeune homme servait comme volontaire dans l'insurrection polonaise. Dans une rencontre, il a reçu des

(1) La pièce est déposée au musée Dupuytren.

coups de crosse de fusil dans la région thoracique gauche, violence qui a amené une fracture de côtes. Il fut très-bien remis en apparence des accidents graves qu'il avait éprouvés à la suite de ses blessures, quoiqu'il ait conservé une déformation de la poitrine du côté gauche et une gêne plus ou moins grande de la respiration. Il y a six mois, sa santé s'est altérée, et bientôt il vit paraître un abcès sur la partie latérale gauche de la poitrine, au niveau de l'omoplate.

Lorsque je le vis pour la première fois, je constatai : 1° l'abcès que j'ai signalé plus haut, ayant le volume du poing et de forme allongée suivant le sens des côtes; 2° une matité considérable dans le côté gauche de la poitrine, excepté en avant et en haut, où il y avait de la sonorité; 3° enfin un aplatissement du côté inférieur gauche, ce qui amenait une dépression thoracique de ce côté et par conséquent une espèce d'imbrication des côtes.

Le 4 mars, l'abcès fut ouvert en deux points, et un drain fut passé à travers le foyer de l'abcès. Au bout de quelques jours, je constatai que la septième côte était dénudée dans l'étendue de 2 centimètres environ, et que des esquilles se trouvaient dans le point de la dénudation. J'agrandis l'incision inférieure que j'avais déjà pratiquée, et j'étais en mesure d'enlever les esquilles mobiles, laissant en place celles qui me paraissaient adhérentes, dans la crainte d'ouvrir la cavité thoracique. Tout alla bien jusqu'au 13 mars. Mais au pansement du soir, l'interne constata une plus grande quantité de liquide dans le linge à pansement, qui exhalait une mauvaise odeur.

Le lendemain 14, je fis la même observation, et de plus je constatai que la poitrine était devenue sonore dans toute son étendue; il n'y avait point de doute : la collection purulente intra-pleurale s'était vidée au dehors. Un stylet introduit dans le foyer où existaient encore des esquilles pénétra dans la cavité pleurale. Pour prévenir les accidents d'une infection putride, je me mis en mesure d'agrandir l'ouverture de ce vaste foyer, afin d'y pratiquer des injections détersives. En raison de l'imbrication des côtes, je compris tout de suite la possibilité de la lésion de l'artère intercostale; mais j'espérais l'éviter en ne dépassant point la zone des tissus fibreux indurés par une longue inflammation. La petite incision que je pratiquai et qui n'avait pas plus d'un centimètre était dirigée en bas et en dehors. Il vint, à la suite de cette opération, un peu de sang artériel; ce qui ne m'empêcha pas de faire des injections avec une solution de permanganate de potasse et de teinture d'iode étendue d'eau. Je laissai en place des esquilles dans la crainte d'amener quelque désordre en les arrachant. Une petite toupe de charpie, introduite dans le fond de la plaie, sus-

pendit la petite hémorrhagie qui venait de la partie postérieure de la plaie. J'étais convaincu que je n'avais intéressé qu'une branche minime de l'artère intercostale.

Le samedi soir et le dimanche 15, l'hémorrhagie se reproduisit, peu abondante en apparence; mais le malade, déjà affaibli, succomba le dimanche soir à la suite d'une syncope.

A l'autopsie, nous avons constaté : 1° que le poumon gauche était refoulé en haut et en avant; 2° qu'il existait une grande cavité pleurale tapissée de fausses membranes granuleuses; 3° que cette plèvre et les fausses membranes qui la tapissaient n'étaient point très-épaisses au niveau de la nécrose partielle de la neuvième côte; 4° que les esquilles résultant de la nécrose de la neuvième côte occupaient, dans l'étendue de 1 à 2 centimètres, toute la portion de la côte; 5° enfin que ma petite incision, partant du foyer de la nécrose, avait coupé l'artère intercostale dans le point où elle est abritée par la partie inférieure de la côte. Pouvait-on prévenir un pareil accident? Il est bien évident que si l'hémorrhagie s'était produite au moment de l'opération, je n'aurais pas hésité à aller à la recherche du bout postérieur du vaisseau, le seul qui pût être intéressé, et à en pratiquer la ligature; la chose eût été difficile en raison de l'effacement de l'espace intercostal; mais, dans ce cas, on n'avait rien à craindre du côté de la cavité pleurale, puisqu'elle était ouverte. Toutefois, on comprend que, en présence de cette difficulté opératoire, l'interne du service ait préféré recourir à la compression, laquelle, n'ayant pas lieu du dedans au dehors, devait naturellement favoriser l'hémorrhagie dans la cavité pleurale. Les hémorrhagies par suite de la lésion de l'artère intercostale sont rares. A ce point de vue, mon observation présente quelque intérêt. Je la rapprocherai d'un autre fait du même genre observé par M. Thierry. (*Bulletin de la Société anatomique*, tome III, page 151).

Il s'agit d'un homme qui, voulant se suicider, se donna un coup de serpette au-dessous du mamelon gauche. Il en résulta une plaie transversale irrégulière, d'un pouce et demi, par laquelle s'écoulait une petite quantité de sang. Rien n'annonçait une lésion du tissu pulmonaire. On comprima la poitrine. Deux heures après, le malade était pâle, décoloré, le pouls petit et fréquent, respiration anxieuse, matité du côté gauche de la poitrine. On diagnostiqua une blessure de l'artère intercostale et un épanchement thoracique. La mort et l'autopsie qui fut faite démontrèrent l'exactitude du diagnostic qui avait été porté.

M. Desprès. Dans ce cas, il s'agissait d'une fistule thoracique. On

a voulu agrandir la fistule avec le bistouri, et on a eu un accident très-grave. Je crois qu'en pareil cas il serait préférable d'employer des corps dilatants.

M. Legouest. Je ne m'associe pas à la manière de voir de M. Després. Il est des cas, et celui-ci était de ce nombre, dans lesquels il faut faire un large débridement; mais il doit arriver très-rarement de léser l'artère intercostale. Je pense qu'en pareille circonstance il serait préférable de faire un débridement suivant le sens des côtes.

M. Després. Dans le cas actuel, il était impossible de faire une incision suivant les règles, parce qu'il y avait une inflexion des côtes qui avait changé tous les rapports. Les rapports étant changés, on peut toujours blesser l'artère dans cette région. J'insiste sur l'utilité de la dilatation. Il n'y a pas de fistule qui résiste à l'emploi de ce moyen pendant vingt-quatre heures.

M. Larrey. Je suis porté à croire qu'il y a eu ou une anomalie, ou une déviation pathologique qui a été cause de l'accident. La disposition normale de l'artère intercostale la met presque à l'abri des blessures, et dans les ouvrages de chirurgie, l'on trouve un plus grand nombre de moyens proposés pour remédier à ces hémorrhagies, qu'il n'y a d'observations nettement avérées de cet accident. Un ancien élève du Val-de-Grâce, M. Charles Martin, a soutenu une excellente thèse sur *les lésions traumatiques des artères intercostales*. Dans ce travail, on peut trouver la plupart des documents relatifs à cette question.

M. Demarquay. Ce fait est très-étonnant. Il existait une grande déformation de la poitrine et un aplatissement des côtes. J'ai été frappé de la difficulté qu'il y avait à donner écoulement au liquide contenu dans la poitrine. Je n'ai pas voulu enlever les esquilles, de peur de déchirer l'artère, et j'ai fait un très-petit débridement, tout en étant très-préoccupé de la blessure possible du vaisseau.

La dilatation n'était pas possible, en raison de la déformation de la poitrine; pour la pratiquer, il eût fallu préalablement faire une résection des deux extrémités de la côte.

M. Panas. En 1858, alors que j'étais interne dans le service de M. le professeur Laugier, j'ai observé un cas très-extraordinaire de lésion traumatique de l'artère intercostale.

Il s'agit d'une hémorrhagie mortelle ayant succédé à la blessure d'une artère intercostale par suite d'une fracture de côte. Lorsque le malade fut apporté à l'hôpital, il respirait très-difficilement et présentait une pâleur excessive. Il y avait de l'emphysème sous-cutané et une matité assez étendue. On pensa que le malade avait une pleu-

résie, et l'on ordonna une saignée. Le malade mourut au bout de six à sept jours, et à l'autopsie, on trouva une artère intercostale déchirée par un fragment de côte et du sang pur accumulé en grande abondance dans la plèvre.

Chez le malade de M. Demarquay, un morceau de la côte supérieure manquait. C'est là que l'incision a porté, et l'on comprend que l'instrument ait facilement atteint l'artère.

M. Chassaignac. La blessure d'une artère intercostale est une des lésions les plus graves que la chirurgie puisse présenter, et c'est là ce qui explique combien sont nombreux les moyens proposés pour y remédier. Sur le cadavre, quand on veut chercher à lier l'artère, on peut à peine y arriver.

Depuis quelque temps, en Angleterre, on traite les fistules pleurales par l'introduction d'un tube à drainage, et l'on obtient des résultats très-remarquables. L'emploi du tube, substitué à l'empyème, constitue une bonne opération. Dans le cas actuel, on eût pu faire entrer un tube par l'orifice de la fistule, et le faire sortir dans un point plus ou moins éloigné.

L'opération de l'empyème n'avait jamais donné de succès à Astley Cooper, et Dupuytren, sur cinquante-deux cas, avait eu cinquante et une morts.

M. Demarquay. La dilatation, je l'ai déjà dit, était impossible. Quant à introduire un drain, je n'y pouvais songer, parce que les côtes étaient imbriquées. La seule chose à faire était de donner cours, à l'aide du bistouri, au liquide contenu dans la cavité pleurale.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 1er AVRIL 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Une lettre de madame veuve Follin, qui offre à la Société le *microscope* et *un très-beau portrait de Follin*. — Le secrétaire général est chargé d'adresser à madame Follin les remercîments de la Société.

— Une lettre de M. Paulet, qui se porte candidat à la place de membre titulaire actuellement vacante.

— Les journaux de la semaine : la *Gazette médicale de Strasbourg*; le *Sud médical*; le *Bulletin de thérapeutique*.

— *Études sur les médications arsenicale et antimoniale, et sur les maladies du cœur*, par le docteur Papillaud.

— Le deuxième fascicule des *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*, par M. Giraldès, membre titulaire.

M. Demarquay présente de la part de M. Augé, médecin à Pithiviers, une observation de rupture centrale du périnée pendant l'accouchement. Cette observation vient à l'appui des idées défendues par M. Depaul.

Rupture centrale du périnée pendant l'accouchement, sortie de l'enfant par cette perforation.

Madame X... est une femme forte, sanguine, vigoureuse. Mariée depuis un an, elle est accouchée, le 29 septembre 1851, par une sage-femme, et met au monde une fille bien constituée, d'un volume et d'un poids ordinaires. Pendant le travail, les douleurs avaient bien marché; elles étaient fréquentes et aiguës. Cependant la sage-femme lui administre du seigle ergoté; puis elle s'endort auprès de sa malade. Une douleur subite, bien plus violente que les précédentes, arrache un grand cri à la patiente. L'enfant venait d'être expulsé brusquement.

L'accouchée ressentant une douleur au périnée et une cuisson pénible, qui persistent le lendemain et le surlendemain, me fait appeler.

Je constate, entre la vulve et l'anus, une large plaie verticale, à bords déchiquetés, saignants, se rapprochant à leurs extrémités, mais écartés au centre, et s'étendant de l'une à l'autre commissure, vulvaire et anale, sans les intéresser. Une injection, poussée dans cette plaie, reflue par le vagin; le doigt, introduit dans le vagin, rencontre sur la paroi postérieure de ce canal l'orifice supérieur de la déchirure. La vulve est étroite, et n'a subi aucune dilatation pendant le travail de l'accouchement. L'enfant était passé au travers du plancher périnéal, expulsé violemment par une contraction énergique de l'utérus.

Je m'empressai de rassurer la malade sur les suites de cet accident; en effet, il suffit d'injections, de pansements à plat et de lavages, pour amener l'occlusion de cette large plaie. Cependant la guérison ne fut complète qu'au bout de quatre mois et demi; et il resta dans le vagin, sur sa paroi postérieure, une induration longitudinale, formée par la cicatrice.

Il est certain que l'administration intempestive du seigle ergoté chez cette dame, qui est forte, d'un tempérament sanguin, bien musclée, et dont les douleurs étaient régulières, a été la cause de la rupture du périnée. Les circonstances anatomiques qui m'ont paru l'avoir favorisée, sont une ampleur anormale du périnée, et la direction particulière de la vulve, qui, chez elle, se trouve tout à fait portée en avant. Ce sont du reste les dispositions que MM. Depaul et Blot viennent de signaler à la Société impériale de chirurgie.

Depuis cet accident, madame X... a mis au monde trois enfants. Je l'ai accouchée, et chaque fois, le travail de l'accouchement a été régulier, et n'a même pas été ralenti par l'induration cicatricielle du vagin.

RAPPORT.

Rapport sur le mémoire de M. Paulet, intitulé : Étude sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs.

M. Tillaux lit le rapport suivant :

Messieurs, dans une de vos dernières séances, M. le docteur Paulet vous a lu un mémoire intitulé : *Étude sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs.* Vous l'avez tous écouté avec un si vif intérêt que je suis certain de vous être agréable en vous entretenant de ce très-intéressant travail.

Permettez-moi de retracer rapidement l'historique de la question si

complexe des lésions traumatiques des nerfs. Il me sera plus facile ensuite d'exposer le problème qu'a posé devant vous M. Paulet.

Pendant une longue suite de siècles, on a professé que la régénération des nerfs était impossible; il ne venait même pas à l'esprit que le contraire pût exister; aussi ne cherchait-on pas à résoudre cette question, et c'est le hasard seul qui, en 1776, mit Cruikshank, le collaborateur de John Hunter, sur la voie de la vérité.

Faisant les expériences sur l'action des nerfs intercostaux, il remarqua qu'une substance analogue au tissu nerveux réunissait les deux bouts d'un des nerfs qu'il avait coupé. Frappé de ce fait, il répéta souvent ses expériences et put déposer dans le musée de Hunter un pneumo-gastrique régénéré.

Si Cruikshank avait donné la preuve anatomique de la régénération des nerfs, Haishton en fournit la preuve physiologique. Sur un chien, il coupe un pneumo-gastrique, l'animal continue à vivre; six semaines après, il coupe le pneumo-gastrique de l'autre côté et l'animal se rétablit. Il coupe plus tard sur le même chien deux pneumogastriques en même temps, et l'animal succombe. La démonstration était évidente. Ce n'est cependant qu'en 1838 que le mode de regénération des nerfs fut définitivement établi par Steinrüeck. Depuis cette époque, on a pu suivre pas à pas la reproduction de tubes nerveux nouveaux entre les deux bouts d'un nerf divisé.

Mais la question était loin d'être épuisée. Un physiologiste anglais, Waller, fit en 1850, à l'Académie des sciences, cette surprenante révélation : Toutes les fois qu'un nerf a été coupé, le bout périphérique, celui qui n'a plus de rapports avec son centre trophique, subit une dégénération complète. La substance médullaire se fragmente, se dissocie et ne tarde pas à se réduire en granulations d'une extrême ténuité; la membrane de Schwann se plisse, se ratatine sur le cylindre axe qui disparaîtrait lui-même suivant Waller. Plus tard, après un temps variable, lorsque la continuité des deux bouts est rétablie, un travail réparateur se produit, la myéline reparaît dans la gaîne du cylindre axe et le nerf recouvre toutes ses propriétés physiologiques.

Cette découverte inattendue a jeté une vive lumière sur certains faits cliniques jusqu'alors inexplicables. Pour n'en citer qu'un exemple, M. Duchenne (de Boulogne) avait constaté ce fait en apparence paradoxal, qu'une paralysie traumatique guérissait d'autant mieux sous l'influence de l'électricité qu'un certain temps s'était écoulé depuis le moment de l'accident. Il est facile de comprendre et d'expliquer aujourd'hui ce résultat singulier.

C'est là, Messieurs qu'en est actuellement la science.

1° Lorsqu'un nerf a éprouvé une solution de continuité simple ou une perte de substance peu étendue, des tubes nerveux de formation nouvelle, s'interposant entre les deux bouts, les réunissent;

2° Le bout périphérique d'un nerf sectionné subit nécessairement une dégénération complète et se régénère ensuite, si l'on observe les conditions nécessaires à cette régénération.

La physiologie nous enseigne que le bout périphérique d'un nerf sectionné a perdu toutes ses propriétés conductrices, et qu'en conséquence les parties auxquelles il se distribue sont privées et de sentiment et de mouvement jusqu'à ce que les deux bouts soient réunis. C'est ici qu'intervient le travail dont j'ai l'honneur de vous rendre compte.

Vous vous rappelez, Messieurs, l'observation lue par M. Laugier à l'Académie des sciences le 13 juin 1864. M. Laugier suturait les deux bouts d'un nerf médian divisé la veille, et dès le soir même la sensibilité avait reparu dans les points paralysés. Ce résultat extraordinaire fut attribuée à la réunion immediate, et M. Laugier crut pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Après la suture d'un nerf coupé, la sensibilité et les mouvements des parties auxquelles il se distribue peuvent se rétablir d'une manière très-notable en un petit nombre d'heures ;

2° Le retour des fonctions est rapidement progressif;

3° Il est successif, c'est-à-dire que la sensation tactile et les mouvements sont obtenus avant certaines sensations, par exemple, celle de douleur et de température.

M. Houel vous faisait bientôt connaître un fait tiré de la pratique de M. Nélaton, présentant avec le précédent une analogie marquée; malgré les raisons qu'invoque M. Paulet, je persiste à croire que l'interprétatiou donnée à ces, deux cas 'est passible d'une sérieuse critique. S'ils étaient les seuls qu'eût rapportés M. Paulet, j'essayerais de vous démontrer qu'ils ne s'éloignent pas absolument de la règle générale. Mais, Messieurs, admettons dans les deux faits précédents un rétablissement fonctionnel d'une rapidité extrême, au moins les deux bouts du nerf divisé avaient-ils été mis et maintenus en contact à l'aide d'une suture, en sorte que la réunion immédiate invoquée par MM. Nélaton et Laugier, aurait pu à la rigueur être obtenue.

Cette réunion immédiate n'a jamais été rencontrée dans les expériences, mais fut-elle constatée chez l'homme, qu'il n'y aurait là rien de contraire aux lois connues de la physiologie et de la pathologie.

Il n'en est plus de même des autres faits contenus dans le travail

de M. Paulet. Toutes les fois qu'un nerf périphérique ne communique plus avec les centres nerveux, la partie à laquelle se distribue ce nerf est frappée de paralysie; cette paralysie persiste indéfiniment tant que la continuité n'est pas rétablie. C'est là, dans l'état actuel de la science, une vérité qui paraissait inattaquable. Eh bien ! les observations de M. Paulet sont de nature à ébranler la foi la plus robuste.

Permettez-moi de vous rappeler en quelques mots l'observation que M. Paulet a lue devant vous.

Un Polonais, pendant la dernière guerre contre la Russie, reçut une balle dans le coude gauche. Le nerf cubital fut atteint et toutes les parties auxquelles il se distribue furent privées de mouvement et de sentiment. Quatre mois après, apparut une névralgie d'abord limitée au coude et bientôt étendue à tout le trajet du nerf.

Le blessé entra dans le service de M. Paulet le 6 octobre 1864, quinze mois et demi après la blessure. Pâle, amaigri, profondément découragé, le malade était en proie à des douleurs excessives qui revenaient par accès presque chaque nuit.

Après avoir essayé en vain les calmants ordinaires, M. Paulet se décide à pratiquer la résection du nerf cubital. Deux centimètres de ce nerf furent enlevés au niveau du coude, et immédiatement toute sensibilité disparut sur son trajet; le malade était guéri de ses atroces douleurs. Mais quel ne fut pas l'étonnement de M. Paulet quand, le quatrième jour de l'opération, il constata que la névralgie était revenue aussi violente qu'auparavant. Cet état a persisté depuis.

Il est évident, Messieurs, que ce fait extraordinaire est en opposition avec les données physiologiques. La continuité du courant nerveux s'est rétablie en quatre jours entre les branches terminales du nerf cubital et le centre nerveux. Or, il n'est pas possible que la transmission ait eu lieu par le tronc du nerf, puisque le bout supérieur était séparé de l'inférieur par un intervalle d'au moins deux centimètres. Il n'y a pas là moyen d'invoquer la réunion immédiate comme dans le cas de MM. Nélaton, Laugier, Paget.

M. Paulet rapporte encore une observation très-concluante due à MM. Leudet et Delabost, publiée en 1864. Il s'agit d'un homme sur lequel on constata, trente-sept ans après l'accident, que les deux bouts du nerf médian, divisés jadis, n'étaient pas réunis et cependant la sensibilité et la motilité n'avaient pas disparu.

Du reste, Messieurs, notre collègue M. Verneuil a déjà posé la question devant vous, à propos de faits qui lui sont personnels et dont vous n'avez sans doute pas perdu le souvenir. Le Mémoire de M. Paulet est riche de faits analogues.

Voilà donc, dit l'auteur en terminant son très-instructif travail, dix-huit cas de névrotomie avec résection, dans lesquels les fonctions se sont rétablies quelquefois au bout d'un temps très-court, d'autres fois après plusieurs mois il est vrai, mais alors que la perte de substance faite au tronc nerveux égalait trois ou quatre pouces, ce qui exclut toute possibilité de restauration d'après les lois posées par la physiologie. Enfin, dans certains cas, la résection d'un nerf important n'a troublé en rien la sensibilité ni le mouvement volontaire.

Faut-il conclure de ces observations que les données classiques de la physiologie sont inexactes? Que chaque tronc nerveux n'a pas la propriété de distribuer la motilité et la sensibilité à certaines parties du corps bien déterminées? Non, sans doute; tout porte à croire que les faits de M. Paulet et ceux qui lui ressemblent ne sont que des exceptions. Mais enfin ces faits existent et nous pouvons en conséquence émettre, sans craindre un démenti, la proposition suivante :

Une partie du corps peut conserver sa sensibilité, bien que le tronc nerveux qui s'y distribue ne communique plus avec l'encéphale.

C'est à cette conclusion que conduit le mémoire de M. Paulet, c'est là le problème qu'il a posé devant vous.

Pas plus que l'auteur, Messieurs, je n'ai la prétention de le résoudre. L'esprit est tout de suite porté à admettre des anastomoses terminales des nerfs; mais, malgré quelques résultats obtenus dans ce sens par M. le professeur Robin, ces anastomoses sont encore à l'état d'hypothèse purement gratuite; et d'ailleurs, fussent-elles démontrées que l'on ne concevrait pas pourquoi la sensibilité tarde plusieurs jours et quelquefois plusieurs mois à se manifester de nouveau.

Je ne ferai que vous rappeler la remarque suivante faite par M. Duchenne (de Boulogne) Les nerfs semblent jouir d'une certaine solidarité; il n'est pas rare de voir à demi paralysés des muscles animés par les nerfs voisins de celui qui a subi une lésion. Il suffit également de signaler cet autre fait. C'est que, quand on ébranle la partie explorée, un filet nerveux du voisinage peut très-aisément percevoir la sensation de contact ou de température, sensation qui sera rapportée à tort au nerf blessé. Je ne crois pas que ces observations suffisent à expliquer les faits que vous a signalés M. Paulet.

J'en dirai autant, Messieurs, des expériences si curieuses de MM. Philippeaux et Vulpian. Ces physiologistes ont démontré, contrairement à l'opinion de Waller, que la réunion des deux bouts d'un nerf divisé n'est pas toujours indispensable à la régénération du bout périphérique. Les nerfs sont doués d'une propriété propre, la *neurilité*, d'un pouvoir autogénique qui les fait se régénérer bien que séparés

de leur centre trophique. Mais les nerfs n'en sont pas moins impuissants à transmettre les volitions ou les impressions au cerveau puisqu'ils n'y aboutissent plus.

C'est donc là un sujet obscur, difficile, qui mérite d'occuper chirurgiens et physiologistes.

Que vous dirai-je, Messieurs, du Mémoire dont j'ai l'honneur de vous rendre compte? Que c'est l'œuvre d'un homme très-érudit, très-consciencieux, observateur rigoureux et intelligent. M. Paulet est professeur agrégé au Val-de-Grâce et connu de vous tous par d'importantes publications, je vous propose donc de :

1° Publier dans nos Mémoires le travail de M. Paulet;

2° Inscrire l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de notre société.

DISCUSSION.

M. Liégeois. Mon attention a été appelée sur des faits analogues à ceux qui ont été rapportés dans le Mémoire de M. Paulet, lorsque je faisais des expériences sur les nerfs périphériques, pour démontrer la dégénérescence du bout inférieur, indiquée par Waller. Sur un chien, j'avais coupé le nerf sciatique très-haut, au niveau de sa sortie du bassin. Après un mois, la sensibilité était rétablie; je fis l'autopsie de l'animal, et je constatai que les deux bouts du sciatique étaient écartés de 5 à 6 centimètres. Je ne pus trouver aucune trace d'anastomose, et, je le répète, la sensibilité était parfaite. Les muscles électrisés se contractaient rapidement, et l'examen microscopique démontra l'état d'intégrité complète du tissu musculaire. Le tissu nerveux était également à l'état normal; j'ai voulu répéter cette expérience dans diverses régions, et il m'a été impossible de constater de nouveau ce fait exceptionnel. Dans toutes mes autres tentatives, j'ai observé une paralysie complète et la dégénérescence wallérienne.

Faut-il invoquer dans ces cas l'existence d'anastomoses? Panizza, le premier, avait appelé l'attention sur le retour de l'influx nerveux par les anastomoses. Il avait fait remarquer, pour appuyer son dire, que lorsque l'on coupait l'une ou même deux des trois racines d'origine des nerfs du membre inférieur chez la grenouille, le mouvement persistait dans tout le membre; il ne disparaissait qu'alors que les trois racines avaient été sectionnées.

Assurément, on est étonné en lisant les faits rapportés par M. Paulet. Il n'est pas douteux qu'il y ait des anastomoses, mais il faudrait les trouver. Elles peuvent être nombreuses, et peut-être ne les a-t-on pas assez recherchées.

Il existe certaines anastomoses dont nous ne nous rendons pas bien compte : ce sont celles de la paume de la main. A ce niveau, il existe des filaments nerveux qui se confondent, et l'on comprend, jusqu'à un certain point, que les réseaux périphériques transmettent la sensibilité.

M. Lefort. Dans l'observation qui est personnelle à M. Paulet, l'on nous dit bien que la névralgie a reparu, malgré la résection du nerf, mais qu'était devenue la sensibilité ?

M. Tillaux. La sensibilité avait disparu en même temps que la névralgie; elle a reparu alors que la névralgie a été de nouveau observée.

M. Lefort. J'ai observé dernièrement une malade qui a eu, il y a deux ans, une fracture de la clavicule. A la suite de cet accident s'est produite une paralysie de la motilité et de la sensibilité de tout le membre, sauf de la partie qui est animée par le nerf médian. Lorsqu'on voulait faire exécuter des mouvements à la malade (mouvements volontaires ou communiqués), celle-ci éprouvait des douleurs atroces, et cependant il s'agissait de parties paralysées.

M. Demarquay. J'ai pratiqué deux fois la section du nerf sous-orbitaire pour remédier à des douleurs atroces.

Dans le premier cas, j'ai fait l'opération par la méthode sous-cutanée. Immédiatement la douleur a disparu, et la lèvre supérieure est devenue insensible; mais après quelques jours, la douleur et la sensibilité avaient reparu.

La seconde fois, j'ai découvert le nerf sous-orbitaire et j'ai enlevé un tronçon de ce nerf; immédiatement encore la douleur a cessé, et la sensibilité de la lèvre supérieure a disparu. Au bout de quinze jours, trois semaines, quelques douleurs étaient revenues; d'abord peu intenses, elles offrirent bientôt un caractère d'acuité aussi considérable qu'avant l'opération.

M. Legouest. Les faits de la nature de ceux que nous signale M. Demarquay ne sont pas très-rares; M. Gherini, de Milan, dans un Mémoire qu'il a communiqué à la Société de chirurgie, nous a fait connaître un grand nombre d'observations analogues.

MM. Tillaux et Liégeois paraissent disposés à prendre les faits de M. Paulet pour des exceptions. Je pense qu'ils ne sont pas aussi rares qu'ils semblent le croire.

Je prends occasion de cette discussion pour faire connaître un cas intéressant de lésion du nerf médian, que j'ai observé l'année dernière dans ma pratique :

M. X..., s'étant levé la nuit et voulant descendre son escalier sans

lumière, fit une chute violente. Il se produisit une fracture de l'avant-bras, une luxation du coude avec issue de l'extrémité inférieure de l'humérus. L'artère humérale et le nerf médian furent rompus.

On avait tamponné la plaie et résolu de faire l'amputation.

Appelé auprès du blessé, je me décidai, après mûr examen, à conserver le membre. Je liai l'artère humérale au dessus et au-dessous de la plaie.

Le nerf médian flottait dans la plaie, déchiré, contus. J'annonçai au malade qu'il perdrait l'usage du pouce, de l'indicateur, du médius et la partie externe de l'annulaire. Cependant, un mois après l'accident, on pouvait constater le retour complet de la sensibilité dans ces parties.

M. Lefort. Dans le fait rapporté par M. Legouest, il y a eu évidemment régénération des nerfs après réunion. Ce qui est extraordinaire, c'est le retour de la sensibilité, alors que la réunion n'a pu avoir lieu.

M. Broca. Lorsqu'on se sert du mot *anastomose*, à propos de filets nerveux, il faudrait bien s'entendre. Ceux qui emploient ce mot veulent sans doute parler d'accolement de filets nerveux, car il n'existe pas d'anastomose bout à bout, d'anastomose analogue à celle des vaisseaux artériels. Il est admis, en effet, que le cylindre axe d'un tube nerveux ne communiqué jamais avec le cylindre axe d'un autre tube nerveux. Cette hypothèse de la communication des tubes nerveux, à la manière des vaisseaux sanguins, serait sans doute très-commode pour expliquer certains phénomènes de retour de la sensibilité et du mouvement, mais elle est en opposition avec toutes les données actuelles de la science.

M. Liégeois. Je m'étonne d'entendre M. Broca nier les anastomoses par fusion des tubes nerveux. Aujourd'hui, il est établi dans la science que les anastomoses par fusion existent aussi bien dans les centres nerveux que dans les nerfs périphériques. Les fibres nerveuses réduites à leur cylindre axe se divisent et s'anastomosent entre elles. Cette disposition est la seule qui puisse rendre compte de la sensibilité qui existe sur chaque point de la peau.

M. Tillaux. Les anastomoses nerveuses ne sont pas démontrées; si elles existaient, on devrait les trouver toujours. Quand les fonctions nerveuses ne se rétablissent pas après la lésion d'un nerf, faut-il donc en conclure que les anastomoses n'existaient pas? Ce serait absurde. En outre, s'il existe des anastomoses, comment se fait-il que le courant nerveux ne se rétablisse pas immédiatement, mais des

ours, des semaines, des mois après l'accident? L'hypothèse des anastomoses laisse la question dans toute son obscurité.

M. Broca. Il ne peut être question ici que des anastomoses produites par des filets qui se détachent d'un tronc pour aller s'accoler à un autre et aller se distribuer avec lui. Ces anastomoses expliquent bien des faits. Ce sont là, en quelque sorte, des filets nerveux aberrants qui ont pris une fausse voie pour se rendre à leur lieu de distribution et qui, plus tard, rentrent dans le chemin normal. Suivant la disposition de ces filets, les résultats que l'on observe à la suite de la section du tronc principal peuvent varier à l'infini.

C'est là la seule manière d'expliquer l'irrégularité des phénomènes observés. C'est une anomalie anatomique qui rend compte d'une anomalie physiologique.

Après cette discussion, les conclusions du rapport de M. Tillaux sont mises aux voix et adoptées.

NOMINATION DE COMMISSION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'une commission destinée à examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Cette commission sera composée de MM. Gueniot, Liégeois, Dolbeau.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Enfant affecté de bec-de-lièvre double compliqué.

M. Demarquay présente une jeune fille de 5 à 6 ans, affectée d'un bec-de-lièvre double dont l'opération présente des difficultés très-sérieuses, sur lesquelles il appelle l'attention de ses collègues. 1° L'écartement entre les deux maxillaires est considérable et de plus ces deux derniers sont atrophiés; 2° l'os intermaxillaire, surmonté de deux dents, présente une saillie considérable et de plus il est fortement incliné à droite, ce qui tient à une fracture du vomer qui a eu lieu l'année dernière à la suite d'une chute de l'enfant; 3° le lobule médian est très-petit, il est tout à fait adhérent à l'extrémité du nez; il est petit, ratatiné. L'enfant est d'ailleurs délicate, et, ajoute M. Demarquay, quel que soit le procédé que l'on adopte, il y a des craintes sérieuses à avoir quant à l'hémorrhagie, et voilà pourquoi il demande l'avis de ses collègues.

Suit la discussion à laquelle prennent part MM. Broca, Giraldès, Guersant, Depaul. Après la discussion, M. Demarquay ajoute : L'in-

térêt que présente cet enfant ne dépend pas seulement du mal qu'il présente, mais bien plus encore de son origine. Il appartient à une famille dont l'histoire sera faite par un de mes anciens élèves, M. le docteur Cyr. En attendant, je mets sous les yeux de mes collègues l'arbre généalogique de cette famille fait par un interne distingué, M. Bourdillat. Le père et la mère de cet enfant se portent bien, ils ont eu trois enfants, et deux de ces enfants sont nés avec un bec-de-lièvre; le troisième n'a point de bec-de-lièvre, mais il présente le vice de conformation de la lèvre inférieure que j'ai décrit en 1845 (*Gazette médicale* et article *Bec-de-lièvre* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*). Ce vice de conformation consiste surtout dans une forme de la lèvre inférieure et dans la présence de deux petites ouvertures situées sur chaque côté de la ligne médiane, et dans lesquelles pénètre facilement un stylet, qui arrive ainsi jusque sous la muqueuse labiale et vient faire saillie au niveau du frein. J'ajouterai, dit M. Demarquay, que la mère de cet enfant est née d'un père et d'une mère bien portants, qui ont eu huit enfants. Sur les huit enfants, deux sont nés avec des becs-de-lièvre, à savoir un garçon et une fille. Celle-ci est morte à huit mois. Le fils vit, s'est marié, et il a eu deux enfants sains. Sur les six enfants restant, deux ne sont pas mariés. Parmi les quatre mariés, deux ont eu des enfants sains ; les deux autres, qui sont deux femmes, se sont mariées : l'une est la mère de l'enfant que je viens de vous présenter, et l'autre en a eu huit. Eh bien, ces huit enfants joints aux trois de sa sœur forment le chiffre de onze enfants qui tous sont nés, soit avec un bec-de-lièvre, soit avec le vice de conformation de la lèvre inférieure, sur lequel j'ai appelé votre attention. Quelquefois, les deux vices de conformation sont réunis sur le même sujet. Cet enfant est le quatrième que je vois opérer de la même famille. J'ai poussé plus loin mes investigations, et j'ai appris que du côté du grand-père de ces enfants, il y avait déjà des antécédents sur lesquels je ne puis donner des détails circonstanciés, ce que fera mon jeune confrère Cyr. J'ajouterai en terminant que le vice de conformation que j'ai décrit en 1845, je l'avais également trouvé dans une famille où le bec-de-lièvre est héréditaire. Ces faits prouvent évidemment ce que j'ai cherché à démontrer en 1845, et récemment dans mon article *Bec-de-lièvre*, que dans certaines circonstances ce vice de conformation naît sous l'influence de l'hérédité.

DISCUSSION.

M. Broca. M. Demarquay a-t-il l'intention d'enlever le tubercule osseux médian?

M. Demarquay. Non.

M. Broca. J'ai, l'année dernière, conservé un tubercule osseux assez volumineux, dans un cas de bec-de-lièvre compliqué, et j'ai obtenu un succès très-complet chez un enfant de deux mois et demi.

Dans le cas actuel, le volume des dents rend le succès problématique, car il sera peut-être impossible d'aviver le tubercule osseux.

Je ferais une tentative qui consisterait à enlever une portion de la cloison, et je repousserais le tubercule en arrière.

Dans le cas dont je viens de parler, après avoir ainsi refoulé en arrière le tubercule osseux, j'ai avivé ses bords et j'ai fait la suture métallique des os. L'os a repris. Il y a quelques jours, le père de l'enfant, qui est médecin, m'a fait savoir que la soudure était véritablement osseuse. L'opération a été faite à la fin d'avril 1867.

Le seul inconvénient qu'il y ait à agir ainsi, c'est que le tubercule cutané forme un saillie sous le nez.

M. Chassaignac. Je crois qu'en tentant la conservation de cette partie osseuse qui me paraît mobile, on se créera des difficultés. Je préférerais avoir recours à une pièce artificielle pour combler la lacune qui persisterait derrière la lèvre dans le cas où l'on obtiendrait une réunion solide des parties molles.

Pour pouvoir réunir dans ce cas, il faudra décoller les parties molles au niveau des os maxillaires; or, chez cette enfant, il existe une tache érectile considérable du côté gauche de la face, aussi doit-on être préoccupé de la possibilité d'une hémorrhagie.

M. Giraldès. Il existe là, comme dans tous les cas de cette nature: atrophie des os maxillaires supérieurs et hypertrophie de l'os intermaxillaire. Si on laisse le tubercule en place, quelque procédé que l'on emploie, on aura toujours une difformité produite par la saillie de l'os intermaxillaire, en avant des maxillaires. Je commencerais par exciser le tubercule osseux, puis j'utiliserais le tubercule médian cutané.

Je ne voudrais pas faire de décollements, comme l'a indiqué M. Chassaignac. Lorsqu'on pratique ces décollements, on est exposé à voir la cicatrice déchirée par suite de l'action des muscles.

M. Guersant. J'ai opéré un cas de ce genre avec succès. J'ai enlevé l'os intermaxillaire, et j'ai eu soin de résèquer une partie de la cloison. Cette précaution est très-importante, parce qu'on peut alors baisser la pointe du nez et utiliser le petit lobule cutané pour faire la cloison.

M. Giraldès. Le tubercule médian osseux reste toujours mobile, et je le répète, il y a grand inconvénient à le conserver.

M. Demarquay. Chez les malades opérés par Blandin, il n'y avait pas eu de réunion. M. Debrou, dans un cas, avait avivé les os et n'avait pas non plus obtenu de réunion.

J'ai déjà opéré deux parents de cet enfant; j'ai enlevé l'os intermaxillaire et j'ai bien réussi.

J'avais eu la pensée de faire l'opération en deux temps, à cause de la présence des artères qui viennent alimenter ce lobule et qui sont très-volumineuses.

M. Depaul. Je me rangerais volontiers à l'opinion de M. Giraldès et de ceux de nos collègues qui veulent que le tubercule osseux soit enlevé.

Je prie bien mes collègues de constater à quel degré de déformation est arrivée la bouche de cette enfant. Je soutiens que si on l'avait opérée quelques jours après sa naissance, l'opération eût été très-simple. On aurait pu conserver le tubercule médian. Aujourd'hui, la difformité qui succédera à l'opération sera presque aussi grande que celle qui existe actuellement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

— Les journaux de la semaine et les brochures suivantes :

— *Extraction des dents sans souffrance par le protoxyde d'azote,* par M. Preterre.

— *Sulla espulsione di un calcolo voluminoso dalla versica orinaria di una donna di 54 anni*, par le professeur Gian Lorenzo Botto.

— *Sulla doppia irido enclesi nella cura del Keratocono,* par le professeur Gian Lorenzo Botto, et une lettre imprimée adressée à M. Botto par le professeur Floriano, de Parme.

La correspondance manuscrite se compose :

D'une lettre de M. Girard, interne à l'hospice Saint-André, de Bordeaux, demandant l'acceptation d'un pli cacheté. Le dépôt est accepté.

— M. Verneuil présente de la part de M. le docteur Hurel, des Andelys (Eure), le complément d'une observation communiquée autrefois à la Société par notre regrettable confrère Laborie, dans la séance du 29 août 1866.

Il s'agissait d'une tumeur du testicule, que M. Verneuil avait refusé d'opérer, croyant avoir affaire à un sarcocèle incurable. M. Laborie fit l'opération, et, d'après l'examen microscopique, pensa qu'il ne s'agissait pas d'un cancer, mais bien de tubercules.

M. Verneuil demanda que le malade fût suivi : il l'a été en effet. Opéré au mois de juillet 1866 et sorti guéri en apparence, il rentra à l'asile le 14 décembre et mourut le 27 février 1867, avec des masses cancéreuses dans le foie.

— M. Verneuil offre à la Société de chirurgie, de la part de M. Giambatista Borelli, un volume intitulé : *Raccolta di osservazioni clinico-pathologice*, vol. II, 1854-1867.

Ce volume traite des matières les plus variées : il renferme, entre autres, la série des mémoires manuscrits présentés à la Société de chirurgie en décembre 1867, par M. Verneuil, sur la *Taille médiane*; la *Dilatation de l'urèthre ; l'Extraction des calculs chez la femme, sans opération sanglante; l'Amputation de la jambe ;* la *Section sous-cutanée du muscle carré pronateur ;* la *Cure radicale des hernies ; l'Extraction des polypes naso-pharyngiens* et les *Moyens propres à dominer la mortalité après les grandes opérations chirurgicales.*

On y trouve une observation intéressante de *ténotomie sous-cutanée de l'anneau inguinal, pour la cure radicale de la hernie du même nom.*

Les faits contenus dans ce second volume soutiennent dignement la réputation que s'est faite M. Borelli comme chirurgien habile et instruit; ils témoignent également de l'ingéniosité de son esprit.

— M. Verneuil communique, de la part de M. Louis Thomas (de Tours), une observation intitulée : *Fracture du tibia chez un sujet syphilitique. — Apparition de tumeurs gommeuses autour de la fracture. — Traitement ioduré. — Guérison.*

— M. Legouest communique une observation de *luxation du tendon du biceps brachial*, adressée par M. Fleury (de Clermont), membre correspondant.

Déplacement du tendon de la longue portion du biceps brachial provoqué par une extension brusque du bras,

Par M. Fleury, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont.*

Un officier, âgé de cinquante-huit ans, grand et fortement constitué, montait un cheval ombrageux qui eut peur et s'emporta,

La bride se casse et, dans un bond que fait l'animal, la fausse rêne est portée sur sa tête,

M. X... allonge fortement le bras et parvient à la saisir; il peut ainsi maîtriser son cheval et l'arrêter.

L'engourdissement qu'il éprouve dans tout le membre le force bientôt à mettre pied à terre. Il veut regagner son domicile à pied, mais les douleurs qu'il ressent sont tellement vives qu'il est forcé de monter en voiture pour rentrer chez lui.

Je trouve le malade au lit; la pâleur de son visage indique une souffrance extrême. Les douleurs, me dit-il, ne sont cependant pas très-vives, mais elles lui *portent au cœur* et lui font craindre à chaque instant une syncope.

Dans les mouvements qu'il exécute pour changer de position, la main gauche soutient le coude, et ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'il parvient à s'asseoir sur le bord de son matelas.

La pression exercée sur le membre est peu douloureuse; la saillie de l'épaule, la position du bras, la facilité avec laquelle on le rapproche du tronc, ne me laissent aucun doute sur l'état de l'articulation; il n'y a pas de luxation.

J'imprime à l'extrémité inférieure du bras un mouvement de rotation qui se transmet avec facilité à la main qui appuie sur le deltoïde. L'élévation et l'abaissement de l'humérus peuvent être exécutés sans douleur; cet os n'est donc pas brisé, mais un craquement se fait entendre autour de l'articulation, il est sec, rude et analogue à la crépitation que l'on perçoit lorsque l'on frotte deux surfaces osseuses.

Je crus à une fracture en un point quelconque, mais en soulevant le bras pour mettre le deltoïde dans le relâchement, le malade éprouve un soulagement instantané; toute trace de crépitation a disparu, les mouvements s'exécutent sans douleur, l'avant-bras qui était fléchi sur le bras peut être allongé; la guérison paraît complète.

Un changement aussi prompt ne se manifeste, en général, qu'après la réduction d'une luxation. Dans une fracture, si on met les deux fragments en contact, la douleur diminue mais ne disparaît pas aussi complétement. Évidemment un organe a repris sa place, je suppose

que ce ne peut être que le tendon de la longue portion du biceps, sorti de sa gaîne ostéo-fibreuse dans le mouvement exagéré d'extension qu'a fait le blessé pour saisir la bride de son cheval. La douleur est en effet localisée maintenant à la partie supérieure et antérieure du bras.

Je conseille l'application de compresses imbibées d'un liquide résolutif et l'immobilité du membre.

Le lendemain l'amélioration persistait, les mouvements avaient repris toute leur étendue.

Que serait-il arrivé si le tendon n'eût pas repris sa place? Encore quelques heures, et du gonflement serait survenu, les douleurs auraient augmenté, les mouvements seraient devenus plus difficiles et on eût pu s'arrêter à l'idée d'une fracture de l'omoplate puisque la clavicule et l'humérus avaient conservé leur intégrité.

Probablement, à la longue, le tendon du biceps se serait creusé une nouvelle cavité et les mouvements auraient fini par s'exécuter; mais au bout de combien de temps? Peut-être même les mouvements ne se seraient-ils jamais rétablis complétement si le tendon eût adhéré à l'humérus. Les auteurs que j'ai consultés parlent bien de la rupture du biceps, mais ils ne disent rien de son déplacement.

M. Legouest, à la prière de M. Fleury, invite ses collègues à rapporter les faits analogues qu'ils auraient observés. Pour lui, sans affirmer l'existence de la luxation du tendon de la longue portion du biceps dans le cas précédent, il est porté à l'admettre. Il a vu, en effet, dans le cours de sa pratique, quelques luxations des tendons : notamment une luxation du tendon de l'un des péroniers sur la malléole externe, et une luxation de l'extenseur propre de l'indicateur en dedans de la tête du deuxième métacarpien.

Dans le premier cas, la luxation consécutive à une entorse du pied se produisait et se réduisait à volonté, en donnant lieu à un craquement très-manifeste. Dans le second, survenu à la suite d'une coupure, la luxation permanente dans l'extension du doigt se réduisait spontanément dans la flexion.

M. Cloquet. Ces accidents sont rares. J'ai connu un individu qui pouvait, à volonté, produire la luxation en dedans ou en dehors du tendon du biceps.

M. Chassaignac. Il est assez difficile d'admettre un déplacement de la longue portion du biceps sans déplacement de la tête de l'humérus. Ce tendon n'est jamais luxé que lorsqu'il y a en même temps une luxation de l'os.

COMMUNICATION.

M. Tillaux communique l'observation suivante :

Plaie non pénétrante du cœur; plaie des deux poumons. — Séjour d'une tige métallique longue de 16 centimètres, large de 2 millimètres, pendant treize mois dans la cavité thoracique.'

Les observations de plaie du cœur et surtout de plaie non pénétrante avec séjour prolongé du corps vulnérant sont assez rares pour que j'aie cru devoir communiquer le fait suivant; il n'est pas le moins intéressant de ceux qui sont consignés dans les annales de la science, et soulève d'ailleurs un point de pratique d'un haut intérêt sur lequel j'appellerai dans un instant votre attention.

Le 6 février 1867, je trouvais dans mon service à Bicêtre (Infirmerie de la division des aliénés) le nommé R..., âgée de 55 ans, entré le 14 septembre 1866, avec un certificat portant le diagnostic : *Paralysie générale*. Depuis son entrée il avait une fois attenté à ses jours en pratiquant une incision peu profonde dans la région sus-hyoïdienne.

Sa face pâle portait l'empreinte d'une anxiété extrême. Il était couché sur le côté droit, les deux cuisses fortement fléchies sur le bassin, le tronc courbé en avant de façon à mettre les muscles des parois thoraciques et abdominales dans le plus complet relâchement possible. Il respire avec difficulté et se plaint vaguement de souffrir dans le poitrine.

L'examen du thorax me permit de constater une plaie extrêmement petite, ou plutôt une piqûre située à 5 centimètres au-dessous du mamelon gauche. A 2 centimètres en dehors et un peu au-dessus de cette piqûre existait un soulèvement énergique de la peau, isochrone aux pulsations artérielles; le doigt appliqué en cet endroit percevait manifestement le choc d'un corps étranger, arrondi, repoussé brusquement en dehors à chaque contraction du cœur. Emphysème de la paroi thoracique gauche et large ecchymose dans le point correspondant.

Le malade, qui était à ce moment en pleine possession de sa raison, raconta que la nuit précédente, voulant se donner la mort, il s'était introduit dans la poitrine une longue tige de fer. Il s'était pour cela placé dans la position où nous le trouvions, c'est-à-dire couché sur le côté droit, les cuisses et le tronc fléchis. Après avoir reconnu le point où le cœur battait, il y avait appliqué une tige de fer qu'il maintenait

rectiligne de la main gauche en pressant avec la main droite. Rencontrant une résistance assez vive pour traverser la peau, il s'était saisi de sa tabatière et avait pressé vigoureusement avec le couvercle sur le corps étranger. L'empreinte était, en effet, marquée sur la tabatière. La résistance de la peau, une fois vaincue, le malade n'avait ressenti, dit-il, aucune douleur en enfonçant la tige tout entière.

Quant aux symptômes, voici, Messieurs, ce que je dictais le jour même à l'interne du service :

L'abdomen est souple, non douloureux à la pression, excepté au voisinage du rebord des fausses côtes ; dans toute l'étendue qu'occupe l'emphysème, la moindre pression réveille les plaintes du malade, lesquelles indiquent plutôt une grande anxiété qu'une douleur très-aiguë. Aussi la percussion du thorax est-elle impossible, le malade s'agitant et criant au moindre contact.

La respiration est faible à gauche, ce qui est dû à la douleur qu'éprouve le malade à chaque inspiration.

Les *bruits du cœur sont réguliers et normaux.* On constate que les soulèvements isochrones de la peau par la tige de fer coïncident avec le premier bruit, c'est-à-dire avec la systole ventriculaire. Ces soulèvements sont très-énergiques et très-nets ; le corps étranger semble porté, à chaque contraction du ventricule, directement en avant et en dehors, sans oscillation latérale, ni mouvement d'abaissement ou d'élévation ; comme si son extrémité profonde reposait directement sur un gros vaisseau, ces mouvements ne paraissent pas modifiés par ceux de la cage thoracique qui, d'ailleurs, sont plus faibles à gauche qu'à droite.

Ajoutons que non-seulement on ne constate la présence d'aucun liquide ou épanchement dans le péricarde, mais que si l'on excepte l'emphysème, qui indique une plaie du poumon, il ne semblerait y avoir de lésion d'aucun organe essentiel. En effet, rien dans le péritoine et les organes abdominaux ; aucun signe d'hémorrhagie provenant du foie, ni de la rate, ni de l'estomac ; pas de syncope, pas de vomissements, pas de selles sanglantes, pas de toux, ni d'hémoptysie ; *enfin le pouls*, bien que peu développé, *est régulier*, et la température de la peau n'est nullement élevée.

Aussi ne reste-t-il à admettre que le contact de l'extrémité profonde du corps étranger avec une grosse artère ou sa pénétration à travers les parois du cœur.

Quelle conduite fallait-il tenir dans ce cas? Je fus, je vous l'avoue, Messieurs, fort embarrassé. Il était si facile, à l'aide d'une petite incision, d'extraire le corps étranger que j'avais une grande tendance à

le faire. Mais si ce corps étranger traversait le cœur, comme je le pensais, il faisait évidemment l'office d'un bouchon, puisqu'il n'y avait d'hémorrhagie ni dans le thorax ni dans le péricarde. N'étais-je pas exposé à déterminer, par l'extraction, une hémorrhagie foudroyante et à voir le malade mourir dans mes mains ? Et d'un autre côté qu'allait devenir cette tige de fer dans le thorax?

Il n'y avait pas d'accident imminent à redouter, je pensai que l'extraction immédiate présentait plus de dangers que l'expectation et j'attendis au lendemain.

Le 7, j'appris que le malade avait éprouvé plusieurs crises horriblement douloureuses avec imminence de syncope; il me sollicitait lui-même vivement pour l'extraction. Je la tentai. Mais les choses avaient déjà bien changé, au lieu de former sous la peau un relief d'au moins un centimètre à chaque systole du cœur comme la veille, la tige de fer était à peine appréciable au doigt, elle avait cheminé à travers les tissus. Je fis néanmoins sur le thorax une petite incision et je me mis à la recherche du corps étranger, mais à peine l'eus-je touché avec la pointe du bistouri que le malade éprouva une anxiété extrême et eut une syncope. Je le trouvai d'ailleurs si profondément situé que je crus devoir m'arrêter.

Le 8 février, l'emphysème et l'ecchymose diminuent. Les bruits du cœur semblent toujours normaux. Le malade souffre et se plaint beaucoup. Pas de fièvre, ni toux, ni expectoration d'aucune sorte. Le corps étranger s'est enfoncé peu à peu : on le sent à peine battre sous le doigt.

Le 9, il a complétement disparu, tout soulèvement de la paroi thoracique a cessé.

Le 10, après une nuit tranquille, le malade est pris de toux et rejette avec effort quelques crachats muco-purulents auxquels sont mêlées quelques stries de sang noirâtre. Fièvre, 104 pulsations.

Le 11, l'expectoration a pris un caractère franchement pneumonique; cependant à l'auscultation, on ne perçoit que des râles bronchiques à gauche; sonorité dans toute l'étendue du poumon.

Le même état continue les jours suivants, l'emphysème disparaît, la douleur persiste, le malade souffre à chaque fois qu'il fait un mouvement. Il continue à rendre des crachats pneumoniques, dans lesquels la proportion de sang augmente.

Le 15, l'application du sphygmographe au pouls de l'artère radiale donne des tracés dont l'un indique un pouls régulier, mais faible et déprimé, et dont les autres démontrent une grande irrégularité de la respiration.

Le 20, le malade signale une douleur vive siégeant vers la huitième vertèbre dorsale. Cette douleur augmente par la pression et le mouvement.

L'oppression est plus grande surtout dans le décubitus dorsal. Crachats sanglants, d'un rouge très-vif, en plus grande abondance. L'auscultation ne dénote encore aucun signe de pneumonie.

Quelques troubles apparaissent du côté du cœur, le malade est sujet à des palpitations et à de grandes irrégularités dans les battements. Cependant on ne constate aucun signe de péricardite.

La douleur dorsale persiste, quoique moins fixe qu'au début. Même état du poumon à l'auscultation. Les crachats n'ont pas changé de caractère.

Sur ces entrefaites eut lieu une nouvelle tentative de suicide.

Le 15 mars, le malade se fait à la région sous-hyoïdienne avec une lame de fer, fragment d'un cerceau qui soutient ses couvertures, une plaie de 4 à 5 centimètres, transversale, située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, dont on voit à découvert tout le bord supérieur. Le travail de cicatrisation suivit un cours normal et cette plaie n'amena aucune complication digne d'être signalée.

Le 26, l'état général semble subir une nouvelle aggravation. Le malade a de la fièvre, la respiration est plus difficile, une douleur très-vive, siégeant à la partie postérieure et inférieure du côté droit, semble avoir remplacé la douleur dorsale. Cette douleur est très-nettement limitée et s'exagère à la pression du doigt. Le malade la compare à un point de côté. La toux n'a pas augmenté, mais elle est plus pénible. L'auscultation, au point douloureux, ne dénote aucun signe de pneumonie : le murmure respiratoire a moins d'intensité au niveau du siége de la douleur que dans le reste du poumon; quelques râles bronchiques. Les crachats sont muco-purulents, sanglants.

Cette douleur à droite persiste d'une façon fixe pendant quinze jours environ. Aucun signe spécial n'est traduit par l'auscultation, les crachats conservent leurs mêmes caractères.

A partir de ce moment, l'observation quotidienne du malade ne présente plus un bien grand intérêt. Les accidents généraux diminuent peu à peu, l'appétit revient, le malade peut se lever dans les premiers jours de mai. Depuis cette époque les forces sont revenues, le malade se promène.

Au 12 août, l'auscultation fait percevoir des râles bronchiques dans toute l'étendue des deux poumons; il n'y a matité en aucun point de la cage thoracique. Les crachats, de moins en moins abondants, ont cependant gardé, depuis le 1er avril, les caractères observés dès le

début, c'est-à-dire qu'ils sont alternativement purulents ou sanglants; de temps en temps surviennent des hémoptysies légères.

Toute douleur fixe dans la poitrine a complétement disparu. Cependant le malade se plaint de douleurs vagues, erratiques, dans le dos ou dans les côtés, en même temps que de fatigue et de lassitude continuelles dans les membres. Du reste, l'état général est satisfaisant.

Depuis le mois d'août jusqu'au mois d'octobre, époque à laquelle j'ai quitté Bicêtre, l'état du malade ne présente rien à noter. Il mange, dort, se promène. Rien n'est de nature à faire soupçonner l'accident qu'il a éprouvé.

Ce qui s'est passé depuis mon départ m'est ainsi relaté par M. Langlé, interne de M. Sée.

En janvier 1868, le malade présente une apparence de santé assez satisfaisante et tousse peu, crache de temps en temps un peu de sang, ne se plaint de rien.

A l'auscultation, on entend un bruit de souffle siégeant dans toute l'étendue du cœur, mais ayant son maximum d'intensité *à la base* et se produisant au *premier temps.*

L'auscultation du poumon du côté gauche ne donne rien; du côté droit en arrière, on entend un bruit de souffle. Le malade dit avoir quelquefois des douleurs de ce côté du thorax.

En février, il est plus souffrant, mange peu, tousse et crache de temps en temps du sang et un peu de pus. Il paraît s'affaiblir graduellement.

Les signes physiques que nous avons notés en janvier ne sont pas modifiés.

Mars. La toux est toujours peu considérable, mais le malade a des crachements de sang et de pus qui se répètent. Il est même des jours où il perd une assez grande quantité de sang. Ses muqueuses pâlissent considérablement. La peau est d'un blanc jaunâtre.

Enfin le 20 mars il a des syncopes, qui se répètent jusqu'au 24 mars où il meurt à 8 heures du matin.

J'étais curieux, vous le comprendrez aisément, messieurs, de pratiquer l'autopsie. Aussi je remercie MM. Sée et Legrand du Saulle de m'avoir permis de compléter cette intéressante observation.

L'autopsie faite le 25 mars nous montre les particularités suivantes :

Cicatrice linéaire aux téguments à 5 centimètres au-dessous du mamelon gauche.

Adhérence intime du bord antérieur du poumon gauche à la paroi thoracique.

Adhérence intime de cette même partie du poumon au péricarde.

Adhérence du péricarde à la surface externe du cœur dans toute son étendue.

Sur un point qui correspond précisément à l'entrée de la tige de fer, existe un véritable cordon fibreux reliant le péricarde au cœur. Ce cordon représente évidemment le trajet qu'a suivi le corps étranger en s'enfonçant à travers les organes.

Le cœur, vu en place, ne présente aucune trace de corps étranger à l'œil et au toucher.

J'enlève alors ensemble les deux poumons et le cœur. Le lobe inférieur du poumon droit adhère d'une façon si intime au thorax qu'il se déchire et qu'une partie reste fixée aux côtes.

C'est cette pièce, Messieurs, que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux.

Vous pouvez constater que la paroi postérieure du ventricule gauche dans toute son étendue et que tout le lobe inférieur du poumon droit sont traversés d'avant en arrière et de gauche à droite par une tige de fer longue de 5 centimètres et large d'environ 2 millimètres. Cette tige a pénétré dans le bord gauche du cœur vers la partie moyenne et est sortie près du sillon médian postérieur, de sorte que le ventricule droit et les deux oreillettes ne sont nullement intéressés. La tige n'a nulle part pénétré dans la cavité ventriculaire, bien qu'elle soit beaucoup plus rapprochée de la surface interne que de l'externe. Une sorte de pont organisé probablement aux dépens du péricarde relie le cœur au poumon droit.

Ce tissu du cœur n'a pas subi de modification au contact du corps étranger. Il ne présente pas trace d'inflammation; le trajet dans cet organe n'est tapissé par aucune néo-membrane. Dans le poumon, au contraire, la tige de fer est entourée dans toute sa longueur par une membrane qui l'isole du parenchyme pulmonaire hépatisé.

Quant aux rapports avec les autres organes; la tige avait laissé l'aorte à gauche et avait passé entre la colonne vertébrale et l'œsophage placé en avant d'elle.

Je puis donc, Messieurs, résumer ainsi cette remarquable observation :

Tige de fer traversant la poitrine diagonalement d'avant en arrière et de gauche à droite, du cinquième espace intercostal gauche au niveau du mamelon, à la huitième côte droite au niveau de son angle.

Après s'être enfoncée spontanément à travers l'espace intercostal, le bord antérieur du poumon gauche, le péricarde et le bord gauche du cœur qui se sont cicatrisés à mesure qu'elle cheminait, cette tige

s'est fixée dans la paroi postérieure du ventricule gauche et dans le lobe inférieur du poumon droit où elle a séjourné pendant 13 mois et 18 jours.

Le cœur a très-bien supporté physiquement et physiologiquement la présence du corps étranger; le poumon au contraire s'est enflammé, a fourni des hémoptysies, qui ont peu à peu affaibli le malade et amené la mort.

Cette observation vient à l'appui de celles qui ont démontré l'erreur admise par toute l'antiquité et le moyen âge, à savoir qu'une plaie du cœur était fatalement et promptement mortelle, et cette autre erreur professée par Sénac, que toute plaie du cœur tuait sinon par l'hémorrhagie, au moins par l'inflammation qu'elle déterminait.

DISCUSSION.

M. Dolbeau. On ne peut appeler le corps étranger, que nous présente M. Tillaux, une tige de fer: c'est une aiguille. Dans la thèse de Jamain, sont rapportés plusieurs faits analogues.

Je pense que l'on aurait dû extraire le corps étranger, car il y avait tout lieu de supposer qu'il était dans les parois du cœur.

M. Desprès. Il y a huit jours, on a présenté à la Société anatomique un cœur recueilli sur une vieille femme de la Salpêtrière. La paroi antérieure du cœur et l'un des ventricules étaient traversés par une grosse aiguille à repriser. La malade n'avait jamais ressenti de symptômes susceptibles de faire soupçonner la présence de ce corps étranger.

M. Chassaignac. On ne peut formuler une opinion générale sur la conduite à tenir dans les cas du genre de celui qui nous est présenté par M. Tillaux. Cependant, dans un cas semblable, je serais porté à me rallier à l'opinion des chirurgiens qui veulent qu'on enlève le corps étranger.

Autrefois, j'ai fait de nombreuses expériences sur les chiens, pour étudier les plaies du cœur. Pour produire ces plaies, je me servais d'une sonde cannelée aiguisée. Une partie des animaux périssait rapidement; les autres se rétablissaient. Quand les animaux périssaient rapidement, ce n'était pas parce que l'instrument avait pénétré dans l'intérieur des ventricules, mais parce qu'il y avait eu une piqûre, quelquefois très-petite, qui avait intéressé l'aorte.

Dans le cas très-intéressant qui vient de nous être présenté, je crois que l'on aurait évité les accidents si l'on avait retiré la tige métallique.

M. Cloquet. Ce qu'il faut remarquer dans ce fait, c'est l'absence de tout phénomène inflammatoire. Les corps métalliques ont peu la propriété de déterminer l'inflammation dans les tissus où ils sont placés. Lorsque j'étais chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, j'ai fait des milliers d'acupunctures et je n'ai jamais observé d'accidents. Je laissais les aiguilles en place pendant douze et quinze jours.

J'ai pu observer, dans le cours de ces expériences, un phénomène très-singulier : il se produisait, dans tous les cas d'acupuncture sur le vivant, une oxydation, d'aspect variable d'ailleurs, du corps métallique. Après la mort, ayant placé les membres dans un bain à 37 degrés, je n'ai jamais observé l'oxydation de l'aiguille que j'enfonçais dans les tissus et que je laissais en place pendant deux et trois jours.

La présence des corps métalliques est parfaitement supportée par presque tous les tissus. Des aiguilles assez volumineuses peuvent être enfoncées dans les vaisseaux sans déterminer d'hémorrhagie; elles ne font qu'écarter les tissus.

M. Liégeois. Les corps métalliques ne sont pas, pour les muscles, des excitants directs, même pour les muscles à type rythmique. Quelquefois, on voit des spasmes survenir à la suite de l'irritation d'un muscle à l'aide d'un corps métallique, mais c'est en vertu d'une action réflexe. Dans les expériences sur le cœur, lorsqu'on enfonce une aiguille dans l'épaisseur de cet organe pour étudier ses battements, ceux-ci ne sont ni interrompus, ni irréguliers.

M. Tillaux. Je reconnais volontiers que le malade aurait pu vivre, si la tige métallique qui traversait le cœur avait été enlevée; mais je n'avais aucune notion précise sur le volume et la longueur de ce corps étranger, parce que son extrémité externe était cachée dans l'épaisseur des tissus.

M. Broca. On trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique* une observation analogue, mais plus remarquable encore que celle-ci. Ce fait joue un rôle important dans l'histoire des embolies.

Un individu entra dans le service de M. Laugier, pour se faire traiter d'une gangrène sénile. Au bout de six mois le malade mourut, et à l'autopsie on trouva une grande aiguille à matelas qui traversait le ventricule gauche, tout près de l'orifice auriculo-ventriculaire. Elle était là depuis un temps plus long que six mois, mais que l'on ne pouvait déterminer. La gangrène qui avait emporté le malade était la conséquence du déplacement de caillots qui se formaient autour de l'aiguille. M. Pierre, aujourd'hui chirurgien à Autun, présenta la pièce à la Société anatomique et fit voir que l'on pouvait mettre en

rapport les deux bouts d'un caillot fracturé (l'un des bouts siégeant dans le cœur, l'autre bout dans l'artère du membre gangrené).

Je ne puis complétement accepter les idées de M. Cloquet relatives à l'innocuité des corps métalliques. On introduit généralement, sans produire d'accidents, des aiguilles à acupuncture dans des anévrismes; cependant on peut, dans ces cas, voir survenir des hémorrhagies. On les observe bien plus fréquemment encore à la suite de la galvano-puncture. En 1837, un chirurgien introduisit dans une tumeur anévrismale énorme cinquante aiguilles à acupuncture; quand on les retira, il y eut cinquante hémorrhagies.

Les faits de ce genre prouvent qu'il ne faut pas être aussi explicite que M. Cloquet.

M. Cloquet a dit que les corps métaliiques présentaient une innocuité particulière. Cela est vrai, mais les autres corps étrangers peuvent aussi être très-innocents. J'ai vu sortir de la cuisse d'un de mes camarades de collége une écharde de bois d'au moins 4 centimètres de long. Comment avait-elle été introduite dans l'épaisseur des tissus? Le patient ne pouvait donner sur ce point aucun renseignement. Un petit bouton apparut sur la cuisse, fut incisé, et à l'aide d'une pince, on put extraire le corps étranger.

M. Cloquet. Je répondrai à M. Broca que l'introduction d'aiguilles dans les tissus est très-différente, suivant que l'on a affaire à des parties saines ou malades. Dans le cas de galvano-puncture, les conditions sont encore singulièrement modifiées par suite de l'intervention d'un courant électrique.

M. Lefort. J'ai lu, dans un journal anglais, que l'on avait proposé l'acupuncture pour guérir les anévrismes de la crosse de l'aorte. Dans deux cas, on a introduit douze à quinze aiguilles. La mort est survenue rapidement. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie, mais il s'était formé, autour des aiguilles, des caillots qui s'étaient déplacés avec une très-grande facilité.

A quatre heures trois quarts, la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 15 AVRIL 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Ricord, à l'occasion du procès-verbal, fait part de quelques observations qui lui sont personnelles et relatives à la migration des corps métalliques dans les tissus. Il y a plusieurs années, il fut appelé par une artiste bien connue, qui avait une aiguille située profondément dans le sein. On avait diagnostiqué une tumeur du sein, et on hésitait entre un cancer et une tumeur adénoïde. M. Ricord examina la malade avec soin, reconnut la présence d'une aiguille, et en pratiqua l'extraction. Dès lors, l'exsudat considérable qui s'était formé autour du corps étranger et qui avait donné le change sur l'existence d'une tumeur, disparut rapidement.

Chez un parent d'un directeur de l'hôpital du Midi, M. Ricord observa une tumeur assez volumineuse du triangle de scarpa, due également à une exsudation de lymphe plastique autour d'une aiguille qui avait pénétré dans cette région. L'aiguille enlevée, le malade guérit en quelques jours.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* ; la *Gazette médicale de Strasbourg* ; la *Revue médicale de Toulouse*.

— Une note sur les *Veines du rectum et la physiologie pathologique des hémorrhoïdes*, et le quatrième fascicule du *Manuel d'opérations chirurgicales*, par M. Dubrueil, prosecteur à la Faculté.

— *De la Métrorrhée séreuse des femmes enceintes*, par M. Bouchacourt.

— Une lettre sur un *Nouvel hystéro-pelvimètre*, par M. Fr. Rizzoli, de Bologne.

— Le tome IV (2e série) des *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*.

— Le deuxième fascicule (t. II) des *Mémoires et bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux*.

— M. le comte de Beaufort adresse à la Société trois brochures sur la prothèse des membres, et accompagne cet envoi d'une lettre explicative sur l'usage de ses appareils, pour répondre aux objections qui lui ont été faites par M. Lefort.

COMMUNICATION.

Luxation ou disjonction de toutes les articulations du bassin.

M. Dolbeau. Messieurs, je n'ai pas cru qu'il me fût permis de laisser dans l'oubli un fait rare que j'ai eu l'occasion d'observer dans mon service à l'hôpital Beaujon. Je sais combien vos moments sont précieux, je n'en abuserai pas.

Il y a bien peu de temps, notre collègue, M. Panas, mentionnait ici une observation de quadruple fracture verticale des os du bassin. A cette occasion, M. Larrey rappelait que, dans les fractures du bassin, il est rare que les symphyses du pelvis ne soient pas plus ou moins disjointes. Pour ma part, j'ai observé quatre fois les fractures doubles verticales du bassin, et j'ai remarqué trois fois que la fracture postérieure intéressait l'articulation sacro-iliaque.

La fracture double verticale du bassin est une lésion bien positive; elle se produit suivant un mécanisme toujours le même, elle donne lieu à des symptômes qui, réunis aux commémoratifs, autorisent le plus souvent à porter un diagnostic. La première fois que j'ai observé la fracture double verticale du bassin, j'ai méconnu une partie de la lésion; mais dans les trois autres circonstances, j'ai pu vérifier mon diagnostic, qui avait été très-complet.

Je me croyais désormais à l'abri de l'erreur, et voilà que, dans une des semaines qui viennent de passer, j'ai confondu la fracture double verticale du bassin avec la luxation complète ou double de l'os iliaque.

Un blessé est amené dans mon service : une lourde voiture a pesé fortement sur la partie postérieure de la ceinture pelvienne, le blessé étant à plat-ventre. Ces renseignements devaient faire songer à la possibilité d'une fracture double verticale; les symptômes venaient corroborer cette hypothèse. Voici, en quelques mots, l'exposé des symptômes présentés par le blessé :

Décubitus dorsal, face anxieuse, respiration fréquente, pouls filiforme à 150; ecchymose en avant du bassin; rotation externe du membre abdominal droit, ascension de ce membre; raccourcissement

apparent. Douleur au niveau du pubis et marbrure vers l'articulation sacro-iliaque. Absence d'urine.

Convaincu du diagnostic et sans fatiguer en rien ce pauvre homme, je diagnostiquai une fracture double verticale du bassin, à droite, avec rupture de la vessie. Sa mort, disais-je, viendrait bientôt confirmer une lésion que j'indiquais, engageant les élèves à faire profit, pour leur instruction, de cette blessure qui, par sa nature, est presque au-dessus des ressources de l'art.

Quarante-huit heures après l'accident, la mort arrivait.

L'autopsie nous a révélé des lésions rares, une luxation de tous les os du bassin, une disjonction de toutes ces symphyses, qui sont si bien faites pour la résistance. C'est là nn fait rare dont je ne connais qu'un seul exemple mentionné par M. Thouvenet dans les bulletins de la Société anatomique pour 1849. Pour le dire en passant, ces deux observations sont tellement identiques, que la mienne paraît copiée sur son aînée. J'aurais probablement laissé passer cette rareté si je n'avais trouvé, dans la circonstance, un enseignement utile pour la clinique. Je m'explique :

A la suite d'un accident grave dans lequel le bassin a subi une violente pression d'arrière en avant, il n'y a qu'une lésion qui puisse permettre le raccourcissement apparent, l'ascension du membre pelvien sans luxation coxo-fémorale. Cette lésion, c'est une fracture double verticale, fracture qui rend libre un fragment moyen du bassin, lequel fragment comprend l'articulation de la bouche. Cette relation entre les symptômes et la lésion a été notée par les divers observateurs. J'ai pu la vérifier trois fois moi-même, comme je vous le disais il n'y a qu'un instant.

Cependant, il est évident qu'une luxation complète en avant et en arrière de l'os iliaque devait permettre, tout comme la fracture double verticale, une ascension du membre abdominal, un raccourcissement apparent. Ce que la théorie aurait pu indiquer, je l'ai observé il y a quelques jours; j'ai pris pour une fracture ce qui n'était qu'une luxation.

A l'avenir, je préciserai davantage le siège exact des points douloureux, je rechercherai la mobilité anormale et je ne laisserai plus échapper, du moins j'en ai la conviction, une luxation de l'os coxal, malgré la rareté extrême de la lésion.

Dans ces blessures graves du bassin, la vessie présente presque toujours une solution de continuité pour ses parois. Cette rupture a été expliquée, mais je crois que la théorie qui a été donnée ne suffit pas à rendre compte de tous les faits.

Dans l'observation que je viens de rapporter, la rupture de la vessie s'est opérée dans l'état de presque vacuité de l'organe, puisque le blessé avait uriné une heure avant l'accident et que, dans l'intervalle, il n'avait point absorbé une grande quantité de boissons.

Dans les cas de rupture de la vessie, on a parlé d'infiltration urineuse, d'épanchement d'urine dans le péritoine. Je n'ai pas observé ces phénomènes, et si j'en crois mon expérience, l'irruption de l'urine serait peu à redouter, sauf les cas de distension du réservoir au moment de l'accident; en général, les blessés sont dans un état de perturbation si grande que, chez eux, la sécrétion rénale paraît supprimée presque complétement.

Il y a là un point sur lequel il serait désirable de voir se fixer l'attention des observateurs.

En terminant, j'ai l'honneur de déposer sur le bureau l'observation de mon malade, telle qu'elle a été recueillie par un des externes, M. Raillard. La pièce anatomique vous sera présentée dans une prochaine séance.

Luxation traumatique de tous les os du bassin.

C..., François, 28 ans, charretier, entre le 3 avril 1868 à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Denis, 47, service de M. Dolbeau.

Cet homme est vigoureux, parfaitement musclé. Renversé par son cheval à trois heures et demie de l'après-midi, en conduisant une voiture chargée de pierres, il est tombé à plat ventre et la roue lui a passé sur la face postérieure du corps, en travers de gauche à droite et de haut en bas, suivant une ligne passant le coude gauche et l'articulation coxofémorale droite.

On l'amène à l'hôpital à quatre heures et demie; il n'est point en état d'ivresse. Il dit avoir pissé environ une heure avant l'accident. A la visite du soir, l'interne du service le sonde et ne retire de la vessie que quelques gouttes d'urine teinte de sang. Une injection d'eau tiède poussée graduellement et avec précaution est rejetée avec force en même temps que quelques caillots.

Le 4 au matin, voici dans quel état se trouve le malade :

Au-dessus et dans la direction de la branche horizontale du pubis droit, on remarque une ecchymose bleuâtre. La hanche droite est également recouverte d'une large ecchymose et est le siége d'un gonflement qui s'étend à toute la partie antérieure et inférieure droite de l'abdomen, sur le pubis droit et au tiers supérieur de la face antérieure de la cuisse droite. En arrière il y a une ecchymose vers le bas des reins.

En tous ces points, on détermine par la pression une douleur assez vive qui a son maximum sur la branche horizontale du pubis droit et au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite.

Le membre inférieur droit semble notablement raccourci, mais la mensuration comparative montre que la longueur du membre de l'épine iliaque antérieure et supérieure, au sommet de la malléole externe, est la même des deux côtés. Seulement les deux épines iliaques ne se trouvent pas sur le même plan horizontal.

L'épine iliaque antérieure droite est élevée de deux centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure gauche. Le pied est tourné en dehors, et tout le membre pelvien est dans la rotation en dehors. Le malade peut fléchir légèrement la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin.

Le coude gauche offre une petite plaie contuse avec gonflement très-douloureux autour de l'articulation. Le malade tient son membre dans une demi-flexion.

L'exploration de cette région faite avec soin n'y démontre aucune lésion osseuse, aucun déplacement des surfaces articulaires.

Le malade n'a pas uriné depuis qu'on l'a sondé, la veille au soir; on retire de la vessie, par un nouveau cathéthérisme, quelques gouttes d'urine claire. La sonde pénètre facilement, mais la vessie est très-rétractée et douloureuse.

Il y a eu un vomissement jaunâtre et spumeux le matin.

Langue sèche; soif vive; pouls petit, filiforme; 144 pulsations; dyspnée assez forte; 40 respirations; céphalalgie légère. En présence des signes suivants : 1° raccourcissement apparent du membre droit; 2° rotation externe; 3° douleur vive en avant et en arrière de la ceinture osseuse pelvienne; 4° ecchymose; 5° absence d'urine et sang dans la vessie, M. Dolbeau diagnostique une double fracture verticale du bassin à droite avec rupture de la vessie et anurie.

Pansement à l'eau froide sur la plaie du coude

Cataplasme sur le ventre. Opium, 0,10 cent. Repos absolu. Alimentation liquide.

5 avril. — Le malade a uriné seul à deux reprises dans la journée du 4, et une fois dans la nuit qui a suivi. Il évalue la quantité d'urine rendue chaque fois à deux cuillerées à bouche.

La sonde fait sortir de la vessie la même quantité d'urine que la veille.

Cette urine est toujours claire. Le ventre est un peu plus tendu et plus douloureux, surtout au niveau du pubis droit, où la pression légère d'un doigt ne peut être supportée.

Le malade a vomi plusieurs fois depuis la veille; il a rendu ainsi des matières bilieuses ou peu vertes.

La dyspnée a un peu augmenté; le pouls est toujours petit et aussi fréquent.

Mort à trois heures du soir.

Autopsie faite le 8 avril.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les muscles de la paroi infiltrés de sang.

Sous le péritoine de la fosse iliaque interne, des deux côtés, on voit un épanchement considérable de sang. L'infiltration sanguine sous-péritonéale remonte jusques et y compris la région rénale droite; elle est surtout abondante vers la face interne du rein droit.

La fosse iliaque interne droite offre une teinte bleuâtre et est plus saillante que celle du côté opposé.

On remarque dans la gaine du muscle psoas, de chaque côté, un épanchement de sang qui remonte le long du carré des lombes.

Le fibro-cartilage de la symphyse pubienne est complétement détaché de l'os à droite, et il est évident qu'il y a disjonction sans fracture de la symphyse des pubis.

Le bord supérieur du pubis droit s'élève de deux centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis gauche. La symphyse restée attachée à cette dernière offre, avec la surface articulaire droite correspondante, un écartement de deux à trois centimètres.

En arrière on constate une disjonction complète de la symphyse sacro-iliaque droite; tous les ligaments sont rompus, même le grand ligament sacro-sciatique. Il faut cependant indiquer que vers la partie inférieure de l'articulation luxée on constate que l'os iliaque a subi une petite fracture, et qu'un fragment de 4 centimètres de long sur 2 d'épaisseur est resté adhérent au sacrum. Cette fracture est du reste insignifiante par rapport à la disjonction; il n'y a pas d'esquilles.

A gauche, le cartilage symphyséen est resté adhérent à l'os; du même côté et en arrière, les deux surfaces articulaires du sacrum et de l'os coxal ne sont plus en rapport que par leur bord postérieur. Il y a luxation ou plutôt disjonction; les deux surfaces articulaires forment un angle très-ouvert en avant.

Les ligaments de la symphyse sacro-iliaque gauche sont tous rompus en avant; en arrière, ils sont conservés en partie. Pas la moindre esquille.

Le grand ligament sacro-sciatique est conservé de ce côté.

L'artication du sacrnm avec le lucoccyx est également modifiée; les ligaments antérieurs sont rompus: le coccyx est très-reporté en ar-

rière, l'articulation étant largement ouverte. Il est évident que le sacrum a été fortement enfoncé en avant vers le centre de l'excavation.

L'examen des viscères donne le résultat suivant :

Les reins et les uretères sont intacts. La moitié de la face postérieure du gros intestin est le siége d'une ecchymose violacée sous-péritonéale.

Au-devant de la vessie, derrière le pubis, se trouve une poche remplie d'un liquide trouble, roussâtre. Cette poche peut avoir le volume d'un œuf de pigeon; elle communique avec la vessie par un trou de la largeur d'un gros pois et qui est situé à la face antérieure de la vessie. Point d'ecchymose de la vessie. Celle-ci est très-petite; elle contient quelques gouttes d'un liquide brun. Pas de sang dans la cavité des voies urinaires. L'urèthre est intact.

Pas de traces de péritonite. Pas d'infiltration urineuse. Il est évident, car les reins sont petits, que la grande perturbation éprouvée par le blessé a suspendu chez lui la sécrétion de l'urine.

DISCUSSION.

M. Lefort. Aux cas indiqués par M. Dolbeau, on peut en ajouter un, dû à M. Murville, et inséré dans les Bulletins de l'Académie de médecine. Dans ce fait, le bassin fut repoussé en avant, pendant un effort violent que fit le blessé pour se porter en arrière. Le malade guérit.

M. Larrey. La communication de M. Dolbeau, précédée de celle de M. Panas et antérieurement de celle de M. Dubreuil, l'offre que j'avais faite à la Société de lui présenter un bassin démontrant, à la fois, la coïncidence des lésions mécaniques de la continuité et de la contiguité des os, la rareté enfin des cas observés, ou du moins décrits, tels sont les motifs qui m'engagent à placer aujourd'hui, sous les yeux de mes collègues, une pièce anatomique digne, peut-être, de leur attention.

Ce bassin, que j'ai montré autrefois à l'Académie de médecine, est celui d'un jeune soldat qui, en novembre 1849, rentrant à sa caserne, dans un état d'ivresse, était tombé sur la route et avait été écrasé par la roue d'une voiture de moellons.

Transporté aussitôt à l'hôpital du Gros-Caillou, dont j'étais alors chirurgien en chef, il se trouvait hors d'état de fournir le moindre renseignement sur les causes et les effets de cet accident grave.

Placé dans le décubitus dorsal, avec immobilité du tronc, le blessé offrait une tension considérable des régions sacro-iliaques, de chaque

côté, inguino-crurale droite et périnée-scrotale, produite par une infiltration sanguine, masquant tout à fait les saillies osseuses. Nulle déformation apparente du bassin, nulle crépitation appréciable, nulle mobilité même, ni aucune déviation des membres inférieurs, ne nous annonçait de déplacement. Mais la nature de l'accident, son mécanisme probable, l'étendue et les rapports de l'infiltration de sang, l'intensité, enfin, de la douleur provoquée par la pression la plus légère du côté des os iliaques et surtout vers la symphyse pubienne, qui paraissait plus molle ou dépressible que dure ou résistante; toutes ces circonstances me portaient à établir, par induction, le diagnostic de lésions profondes et complexes du bassin, sans me permettre de préciser les fractures ou les luxations présumables. L'ecchymose profonde du périnée, ainsi que l'écoulement de quelques gouttelettes de sang par l'urèthre, indiquaient aussi une rupture de ce canal, sinon de la vessie.

Dans le doute, d'ailleurs, il ne faut pas toujours s'abstenir, et je commençai par introduire une sonde à demeure dans la vessie, qui donna issue à une certaine quantité d'urine mêlée de sang, ce qui me fit supposer qu'elle n'avait pas été lésée. De larges et profondes scarifications de la région périnée-scrotale, des applications émollientes sur le bas ventre et sur les hanches, une potion purgative et un large bandage contentif, pour immobiliser, autant que possible, le bassin, telle fut notre prescription.

Mais le blessé, indocile ou peut-être encore sous l'influence de l'ivresse, enleva la sonde le troisième jour, et s'agita tellement que, pour la réintroduire et la maintenir en place, on dut lui mettre une camisole de force. La fièvre traumatique devint intense, et quoique cette réaction fût combattue énergiquement, le malheureux succomba le septième jour de l'accident, avec des symptômes de péritonite.

L'autopsie nous révéla les lésions graves du bassin, dont voici les caractères anatomiques bien marqués : 1° une disjonction complète de la symphyse pubienne forme un vide ou un écartement de 6 centimètres, bien mesuré au moment même et depuis maintenu en place par l'interposition d'une planchette d'égale largeur. Le cartilage interpubien se trouvait déjà détruit par du pus qui remplissait l'espace libre; 2° une disjonction symétrique des deux symphyses sacro-iliaques, avec écartement antérieur plus prononcé à gauche qu'à droite, mesure 2 centimètres d'un côté et 1 1/2 de l'autre; 3° la dernière vertèbre lombaire semble avoir éprouvé une légère déviation latérale; le sacrum, d'ailleurs, n'a pas été fracturé. Mais les deux os iliaques offrent des ruptures à peu près symétriques : le rebord cotyloïdien

antérieur meurtri de chaque côté, une fracture complète à gauche, incomplète à droite, pénétrant l'une et l'autre dans la cavité cotyloïde. Les ligaments postérieurs avaient résisté, mais ils ont été détruits par la macération.

J'ai déposé au musée du Val-de-Grâce la pièce anatomique que je présente à la Société, et qui me semble offrir le type des lésions mécaniques du bassin, comme fractures et luxations simultanées par écrasement.

M. Huguier. Le malade de M. Dolbeau est mort quarante-huit heures après l'accident. Quelle a été la cause du décès? La lésion osseuse ne me paraît pas pouvoir donner une raison suffisante de cette mort rapide.

M. Dolbeau. Nous n'avons rien trouvé dans les organes internes. Il n'y avait pas d'hémorrhagie, pas de blessure du péritoine. Le blessé se présenta à nous dans un état de malaise général très-marqué, de très-grande anxiété.

Je répondrai à M. Lefort que dans le fait de M. Murville, il s'agit d'une luxation du sacrum et non d'une luxation de l'os iliaque.

M. Huguier. Il y a, dans les cas de ce genre, une particularité clinique qui a besoin d'être étudiée. Nous voyons tous les jours des individus qui ont des lésions très-étendues et qui ne meurent pas. Chez d'autres, comme dans le fait actuel, la mort survient à la suite de simples luxations, et il est bien difficile de se rendre compte de cette terminaison fatale.

M. Panas. Dans le cas que j'ai observé, les choses se sont passées exactement comme chez le blessé de M. Dolbeau. Je n'ai pu trouver une cause prochaine de la mort. A partir du moment où cet homme entra à l'hôpital, on pouvait le considérer comme un cadavre. Les douleurs étaient vives. Il n'y eut pas sécrétion d'une cuillerée d'urine jusqu'au moment de la mort.

M. Larrey. Chez le blessé soumis à mon observation, nous avons trouvé une péritonite. La vessie n'avait pas été rompue.

M. Verneuil. Ces malades n'étaient-ils pas des ivrognes? J'ai vu des ivrognes succomber rapidement, souvent dans les 48 heures, à la suite de lésions traumatiques graves. A l'autopsie, on ne trouvait aucune lésion susceptible de rendre compte de la mort.

Élection d'un membre titulaire.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre titulaire.

La liste de présentation est ainsi composée :

En première ligne, *ex æquo*, MM. Marc Sée, Cruveilhier fils; en deuxième ligne, MM. Duplay, Paulet, Dubrueil.

Sur 30 votants, obtiennent :

MM.	Cruveilhier fils...............	23 voix.
	Marc Sée.....................	6 —
	Duplay.......................	1 —
	Bulletin blanc................	1 —

DÉCLARATION DE VACANCE D'UNE PLACE DE MEMBRE TITULAIRE.

M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire.

LECTURE.

M. Pétrequin (de Lyon), membre correspondant, fait une lecture ayant pour titre :

Mémoire sur la doctrine des effets croisés dans les lésions traumatiques du crâne, d'après Hippocrate et les médecins de l'antiquité.

La Société vote l'impression de ce travail dans ses Mémoires.

COMMUNICATION.

Injections iodo-tanniques dans les veines.

M. Panas. Je suis peu partisan du traitement curatif des varices, attendu qu'aucun des moyens proposés ne remplit réellement ce but et que tous exposent plus ou moins à des accidents graves et à la mort par infection purulente.

Ayant pour principe invariable thérapeutique de ne jamais juger un moyen sans l'avoir expérimenté, j'ai cru devoir étudier les effets d'un nouveau liquide à injecter dans les veines, employé avec succès à Lyon, la liqueur iodo-tannique. Les résultats dont je vais avoir l'honneur d'entretenir la Société de chirurgie sont loin de changer ma manière de voir sur les injections coagulantes dans les veines. Je tiens d'autant plus à les communiquer, qu'ils sont en contradiction avec ceux obtenus à Lyon, et qui sont exposés dans la thèse inaugurale d'un des élèves de cette école, M. Petrus Rouby, n° 226, année 1867.

La liqueur iodo-tannique s'obtient en faisant une dissolution de 5 parties d'iode et de 45 parties de tannin dans 1,000 parties d'eau que l'on réduit ensuite à 100 à l'aide d'une évaporation modérée. Le liquide ainsi obtenu est d'une couleur brune, foncée, d'une odeur *sui generis* et d'une consistance sirupeuse. Mêlé avec du sang, ce liquide produit un coagulum chimique, peu consistant comparative-

ment à celui du perchlorure de fer, et qui a la propriété de se redissoudre dans un liquide alcalin, comme le sang; aussi trouve-t-on les éléments constitutifs de cette liqueur (tannin et iode) dans les urines, peu de temps après l'injection.

Le premier sujet de mon observation est une femme de 54 ans, atteinte de varices aux deux jambes, surtout à la droite, qui est en même temps le siége d'une exulcération superficielle, large comme une pièce de 2 francs. On observe sur le côté interne de la jambe plusieurs troncs fluxueux et en particulier celui de la ruphine interne, sur le trajet de laquelle se trouve le petit ulcère. Il y a quelques jours, une hémorrhagie abondante s'est faite par suite de la rupture de cette veine, et c'est cet accident qui amène la malade à l'hôpital.

Le jour décidé pour l'opération, on applique un lien compresseur sur la racine du mollet à l'effet de faire saillir les veines, puis, à l'aide d'une seringue Pravoz, je pratique une injection de liqueur iodo-tannique dans le tronc même de la ruphine, à trois ou quatre travées de doigt au-dessus de la malléole, et deux centimètres loin du bord supérieur de l'ulcère.

La douleur, qui immédiatement n'a pas été très-vive, est allée en augmentant vers le soir, au point de rendre le sommeil impossible jusqu'à minuit passé. Le lendemain, je trouve le membre chaud, et un cordon rouge s'étend depuis le pied jusqu'à la racine du mollet; le pouls est accéléré, et il y a, avec cela, tout le cortége habituel d'un mouvement fébrile modéré. Nulle part on ne sent de caillot veineux solide.

On prescrit à la malade de garder le lit, et l'on couvre le membre avec un cataplasme émollient.

Vers le quatrième jour de l'opération, le cordon de la ruphine devient manifestement induré, et divers rameaux collatéraux sont pris de phlébite à leur tour.

Continuation du mouvement fébrile. On prescrit de l'huile de ricin, des frictions mercurielles belladonées sur le membre, et l'on continue les cataplasmes.

Le huitième jour, on constate des traînées d'engéoleucite, l'engorgement des ganglions de l'aine et un empêchement œdémateux de tout le mollet. La nuit a été mauvaise, et il y a des signes d'embarras gastrique.

Ipéca. Le reste comme précédemment. A partir de ce moment, l'état de la malade est allé en s'aggravant. Le mollet devient le siége d'une suppuration diffuse qui suit surtout le trajet de la saphène interne, puis se montre au dos du pied et au côté externe du mollet.

Plusieurs abcès sont ouverts à la lancette; la peau se détruit sur plusieurs points, et des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé sont extraits au fur et à mesure qu'ils se détachent. Parmi ceux-là, il en est un constitué par ce que je vous présente ici, et qui n'est autre que le tronc sphacélé de la veine saphène dans l'étendue de dix centimètres environ.

Comme vous pouvez le constater ici, la membrane interne de la veine est dépolie et parsemée de petits caillots adhérents; vers le haut, il y a un caillot brunâtre chimique qui oblitère complétement le calibre du vaisseau dans l'étendue de un centimètre.

Ainsi, Messieurs, le résultat de l'injection a été non-seulement un phlegmon diffus et une périphlébite suppurée, mais en outre une gangrène de la veine qui s'est éliminée. Avec de pareils résultats, je suis d'avis qu'il faut tenir en suspension la prétendue innocuité des injections iodo-tanniques dans les veines.

Chez un autre malade où j'avais pratiqué cette injection (il s'agissait ici d'un homme adulte, fort, charretier de profession), quoique plus limités, les accidents phlegmoneux suppuratifs ont été les mêmes, sauf le sphacèle de la veine qui n'a pas eu lieu.

Ainsi, nous voyons la suppuration être la règle, et pourtant je n'ai omis aucune des précautions qui étaient indiquées pour éviter cet accident à la suite de l'injection.

Repos absolu au lit; ne permettant même pas au malade de se lever pour satisfaire à ses besoins naturels; et cela pendant tout le temps du traitement.

Position élevée du membre, cataplasmes, frictions mercurielles, laxatifs légers, en un mot, tous les moyens antiphlogistiques indiqués en pareil cas pour modérer l'inflammation phlébitique.

Dans les deux cas, je n'avais pratiqué qu'une seule injection de 15 gouttes chacune.

Il est vrai de dire que mes malades ont échappé à l'infection purulente et à la mort, mais je pense que des accidents phlegmoneux de cette gravité méritaient d'être signalés, ne fût-ce que comme un contrepoids aux résultats toujours heureux annoncés par nos confrères de Lyon.

Un point qui ressort de mes observations, d'accord en cela avec celles relatées par M. Rouby, c'est que la liqueur iodo-tannique agit moins comme un agent coagulant chimique que comme un liquide irritant, produisant une phlébite étendue. Aussi observe-t-on ce fait, digne de remarque, que le caillot n'est manifeste que le troisième jour de l'opération (caillot consécutif à la phlébite suscitée par l'agent chi-

mique), et qu'il disparaît plus tard, au moins en grande partie, au lieu de persister, comme cela arrive pour le perchlorure de fer.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Fausse membrane provenant d'une hématocèle de la tunique vaginale.

M. Panas. La deuxième communication dont j'ai l'honneur de vous entretenir est relative aux opérations que l'on peut entreprendre contre l'hématocèle de la tunique vaginale.

Vous connaissez tous la décortication de la tunique vaginale, et un certain nombre de succès obtenus par cette méthode. Ce que l'on connaît moins, ce sont les insuccès auxquels elle expose, et c'est une chose sur laquelle il faut d'autant plus insister qu'on ne l'a pas assez répété.

Étant à l'hôpital du Midi, je fis, en 1864, une décortication suivant les règles chez un homme venu exprès du fond de la Bourgogne pour se faire opérer dans les meilleures conditions de santé. L'opération faite par moi, en présence et avec le concours de notre très-regretté collègue Follin, eut pour résultat la mort du malade, par phlégmon gangreneux, survenue cinq jours après l'opération. Ce fait m'ayant très-péniblement impressionné, je me mis en quête de faits semblables observés de nos collègues dont l'expérience était plus grande que la mienne, et tous ont été en mesure de déclarer la décortication une opération souvent grave et même mortelle. Je puis ici, sans indiscrétion, je crois, citer M. le professeur Denonvilliers, qui, avec la loyauté scientifique qu'on lui connaît, m'a dit avoir perdu deux malades, déclarant que jamais il ne voudrait plus se risquer à exécuter cette opération.

Je sais, messieurs, que l'on peut vous citer des exemples heureux, mais les cas de mort fussent-ils encore plus rares, que je n'hésiterais pas à abandonner la décortication pour quelque chose de moins grave, si nous pouvons obtenir ainsi la guérison.

Pour arriver au résultat désiré, il suffit que, par un moyen ou par un autre, on débarrasse la tunique vaginale de la néomembrane, souvent épaisse, qui la double en cas d'hématocèle ou d'hydrocèle ancienne. Ce que la décortication fait d'un seul coup, mais avec danger de mort, la suppuration de la cavité séreuse le produit un peu plus à la longue, mais aussi avec plus de sécurité pour le malade. C'est pourquoi nous pensons que l'incision simple de la tunique vaginale, suivie de suppuration à l'air libre ou en bourrant légèrement la

poche de charpie, constitue le meilleur et le plus simple des traitements en pareils cas.

Chez un malade que j'ai encore dans mes salles à l'hôpital Saint-Antoine (il s'agissait d'un garçon de 19 ans, et qui portait son hématocèle depuis six ans), j'ai tenu cette conduite, et le malade se trouve aujourd'hui radicalement guéri. Un phénomène fort remarquable s'est montré ici, c'est qu'à un moment donné, trente jours après l'établissement de la suppuration du sac, toute la néomembrane s'est détachée d'une seule pièce. Voici cette poche qui offre une paroi externe blanchâtre et lisse, c'est celle qui était en rapport avec la séreuse, et une face interne rougueuse, tapissées de caillots fibrineux comme les parois d'un vieil anévrysme artériel. C'est là une circonstance heureuse qui abrége le traitement, et, tout exceptionnelle qu'elle est, vient en faveur du traitement des hématocèles et des vieilles hydrocèles, avec épaississement considérable des parois de la tunique vaginale par les incisions simples suivies de suppuration, au lieu de l'opération toujours dangereuse de la décortication.

Le but de cette communication n'est pas de fixer définitivement l'opinion sur la décortication, mais de faire appel à de plus expérimentés que moi, en vue de nous aider à résoudre cette question importante de pratique chirurgicale.

M. Desprès. Depuis quelques années, on a remis à l'ordre du jour la question de la décortication de la tunique vaginale, je tiens à dire que la décortication n'est pas ce qu'elle était autrefois; M. Gosselin lui-même a modifié sa méthode de traitement des hématocèles. Il se contente aujourd'hui de faire une incision avec excision de la tunique vaginale, en vue de provoquer une inflammation suppurative et par suite l'oblitération de la cavité.

M. Léon Labbé. Je ne sais sur quel fondement s'appuie M. Desprès pour affirmer que M. Gosselin a abandonné son procédé de décortication de la tunique vaginale. Tout récemment encore, M. Gosselin a employé avec succès, dans un cas d'hématocèle double, sa méthode telle qu'il l'a décrite dans son premier mémoire.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Coup de feu de la face. Restauration par l'autoplastie et la prothèse.

M. Trélat présente un malade qui a subi plusieurs opérations de prothèse et d'anaplastie pour la restauration d'un coup de feu de la face.

M. Trélat. Les ressources combinées des méthodes réparatrices rendent chaque jour de précieux services dans la pratique de notre art; et les guerres de Crimée et d'Italie nous ont permis plus d'une fois de juger de leurs bienfaits.

J'ai eu récemment l'occasion de restaurer, par une série d'opérations et d'appareils prothétiques, la face d'un blessé qui m'était adressé de province par un de mes excellents amis, M. le docteur Dutard, et quoique la régularité primitive des formes n'ait point été entièrement rétablie, les fonctions sont actuellement presque normales, et la forme singulièrement améliorée.

L'accident (coup de fusil tiré sous le menton), avait eu lieu le 27 janvier 1867, et avait produit dans le squelette et les parties molles de la face un délabrement considérable. La bouche tout entière et la fosse nasale gauche formaient un énorme hiatus bordé de lambeaux noirs et déchiquetés. Pendant les premiers temps, l'alimentation présenta des difficultés considérables; enfin, grâce à des pansements convenables et à l'air des champs, la guérison fut achevée au bout de trois mois. Les plaies étaient alors cicatrisées, mais la parole était des plus confuses, la mastication absolument impossible, la déglutition elle-même difficile. Pour se nourrir, le malheureux blessé en était réduit à plonger sa face dans une jatte contenant un aliment liquide, lait, vin ou bouillon, et à humer le breuvage.

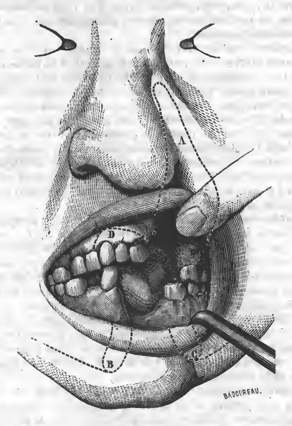
C'est dans ces conditions qu'il me fut adressé et que je le reçus dans mon service de Saint-Antoine, le 2 novembre 1867. J... L... est âgé de 37 ans, vigoureux et de taille moyenne. Sur le côté gauche de la face on constate : en bas et à deux centimètres de la ligne médiane du menton une cicatrice verticale profondément déprimée, qui rejoint le bord labial près de la commissure. Ce point de la lèvre, ainsi que la commissure, sont constitués par un tissu cicatriciel épais et résistant. Une autre cicatrice verticale, assez souple, gagne le sillon de l'aile du nez qui est fortement attirée par la ligne cicatricielle ; enfin le sillon qui sépare le nez de la joue est le siége d'une lougue fistule qui a près de 4 centimètres sur 1 de large. Au fond de cette fistule on voit à nu la muqueuse des fosses nasales.

Le maxillaire inférieur a perdu six dents, les incisives une canine et une petite molaire, et les deux fragments qui le constituent sont restés largement écartés et mobiles l'un sur l'autre. A travers leur écartement, la langue adhère, près de sa pointe, à la cicatrice de la lèvre inférieure. De plus les fragments, n'étant pas soutenus, sont ramenés en dedans et augmentent la difformité extérieure.

Toute la portion gauche de la voûte palatine et du bord alvéo-

laire correspondant est détruite. La bouche et la fosse nasale communiquent largement. La lèvre ne forme qu'un pont jeté au-dessus de ce cloaque. La portion conservée du bord alvéolaire, qui confine à la perte de substance et qui porte trois incisives, n'est réunie que par un col fibreux et reste mobile sur le maxillaire. Cependant, le voile du palais est conservé dans son intégrité.

La figure suivante donne une idée des lésions.



Bien que ces désordres, dont je donne une description sommaire, ne fussent pas au-dessus des ressources de l'art, ils étaient cependant assez nombreux et étendus pour nécessiter une série méthodique d'actes opératoires.

Je commençai par fermer la fistule nasale et agrandir l'ouverture de la bouche, bridée par la cicatrice commissurale. Cette opération, pratiquée le 16 novembre, fut facile et eut les suites les plus heureuses. Je réunis les bords de la fistule, après les avoir avivés et

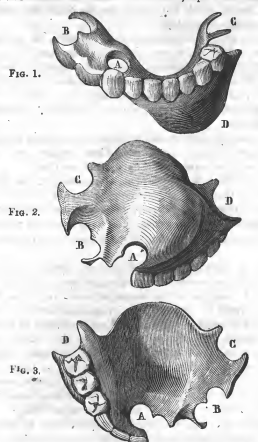


Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.

décollés, et pour la bouche, je me bornai à fendre la commissure et à suturer la muqueuse de la joue avec la peau correspondante.

Le 12 décembre, je décollai la face interne de la lèvre inférieure des adhérences anormales qu'elle avait contractées avec les fragments du maxillaire, et pour obtenir la persistance de ce décollement, je

recouvris toute la surface sanglante par un petit lambeau muqueux emprunté à la partie saine de la lèvre.

Le malade me suivit à l'hôpital Saint-Louis, et je le livrai alors, avec une bouche qui pouvait s'ouvrir et une lèvre inférieure mobile, à M. Dejardin, dentiste habile qui voulut bien me prêter son concours pour cette restauration complexe.

Le 16 janvier, une variole contractée dans les salles, où elle règne pour ainsi dire à l'état endémique, vint interrompre tout traitement.

Dès la fin de mars, M. Dejardin put reprendre son travail et substituer des appareils définitifs à ceux qui avaient été précédemment appliqués et qui avaient pour but d'accoutumer les parties au contact, et, surtout pour la machoire inférieure, à produire l'écartement convenable des deux fragments.

A la fin de mars la prothèse était terminée et deux pièces séparées, une pour chaque mâchoire, corrigeaient d'une manière très-convenable les pertes de substance des os et l'absence des dents.

La figure 2 représente la pièce de la mâchoire inférieure ; les figures 3 et 4 la pièce de la mâchoire supérieure vue sur ses deux faces.

Le 29 mars j'exécutai la dernière opération plastique destinée à relever et à soutenir l'extrémité gauche de la lèvre inférieure qui était encochée et tombante à ce niveau, et qui laissait parfois écouler la salive.

Je taillai, à la partie inférieure de la joue, un lambeau rectangulaire à base inférieure, et dont l'axe longitudinal était dirigé en haut et en dehors. Je détachai le bord muqueux de la lèvre de sa partie cutanée ; je détruisis une petite portion triangulaire formée de tissu inodulaire, puis amenant le lambeau disséqué au-dessous de la lèvre par une inclinaison d'un quart de circonférence, de telle sorte que l'axe se dirigeant en dedans au lieu de se diriger en dehors, je réunis le bord supérieur du lambeau avec le bord muqueux de la lèvre, de telle sorte que ce bord était à la fois soulevé, reporté, et légèrement attiré en dehors. Quelques points de suture (métallique), placés sur les côtés du lambeau, lui assurèrent une parfaite immobilité.

La guérison de cette dernière opération était complète au bout de dix jours, et aujourd'hui (16 avril 1868), l'opéré quitte l'hôpital.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, l'amélioration est grande sous tous les rapports. La forme n'a plus rien de choquant; la préhension des aliments est devenue facile à l'aide des procédés habituels, cuiller et fourchette.

La mastication n'est pas encore très-facile, le malade ne portant ses nouveaux appareils que depuis très-peu de temps; mais les pro-

grès qu'il fait permettent d'espérer qu'il arrivera à mâcher des aliments résistants. Enfin la parole a complétement changé de caractère. Toutes les lettres sont régulièremeet prononcées, sauf le C, qui ressemble un peu au CH, et le P, qui tire sur l'F; malgré ces deux incorrections légères, le langage est parfaitement intelligible, surtout depuis la dernière opération, qui a mobilisé et assoupli la lèvre inférieure.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— Le *Bulletin de thérapeutique.*

— Les fascicules 1 et 2 du tome II (3e série) du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

— M. Giraldès offre à la Société plusieurs ouvrages : *Maladies de la peau*, de F. Hebra; traduction anglaise éditée par la Sydenham Society. — *Glaucoma and its cure by Iridectomy*, by Sœlberg Wells. — *A Sketch of Principles and Practice of subcutaneous Surgery*, by William Adams. — *Dissertatio inauguralis exhibens hodiernam aneurysmatum doctrinam*, par H. Van Leuven. 1843.

A l'occasion du procès-verbal:

M. Demarquay. La communication de M. Panas relative à l'opération de l'hématocèle de la tunique vaginale, m'a vivement intéressé. J'avais été séduit par les indications fournies dans le travail de M. Gosselin, et j'avais adopté sa pratique de la décortication. J'ai obtenu d'abord de très-beaux succès, mais depuis, j'ai perdu deux malades à la suite de cette opération. J'ai alors incisé la tunique vaginale et fait un pansement avec un digestif, et j'ai encore eu des accidents.

Dans plusieurs cas où je n'ai pu reconnaître la fausse membrane, tout a suppuré, et les malades ont guéri.

En somme, j'ai obtenu de meilleurs résultats depuis que je n'ai plus pratiqué la décortication, et aujourd'hui, je préfère revenir au procédé ancien.

M. Giraldès. La décortication m'a donné de bons résultats; j'ai eu occasion de la pratiquer chez trois individus affectés d'hématocèle vaginale, et tous les trois ont guéri sans accidents.

M. Chassaignac. L'opération de la décortication m'a toujours paru une opération d'une difficulté très-grande.

L'opération de la décortication me paraît être une espèce de castration sans ablation du testicule.

A l'hôpital Lariboisière, j'ai observé plusieurs cas d'hématocèle. Pour guérir les malades, je pratiquais le drainage et je faisais ensuite injecter de la teinture d'iode dans la tunique vaginale; j'ai ainsi obtenu des succès très-satisfaisants.

M. Desprès. Dans la dernière séance, j'ai affirmé certains faits relatifs à la pratique de M. Gosselin, et M. Labbé les a niés. J'ai fait des recherches qui m'autorisent à affirmer de nouveau que M. Gosselin a modifié son procédé.

Il y a plusieurs années, à la Société de chirurgie, il y a eu ici une discussion sur ce sujet, et il a été convenu que l'on ne devait pas, qu'on ne pouvait pas enlever la fausse membrane qui recouvrait le testicule.

L'anatomie pathologique de ce qu'on appelle l'hématocèle de la tunique vaginale, a fait aujourd'hui des progrès, et on peut dire qu'il y a deux espèces de lésions auxquelles la décortication a été appliquée : une hématocèle et une inflammation chronique de la tunique vaginale. Dans le premier cas, il y a des caillots sanguins et des fausses membranes inflammatoires; dans le second cas, c'est un épaississement de la tunique vaginale. L'opération, alors, consiste à racler la tunique vaginale ou à enlever cette tunique vaginale épaissie. Or, du moment que l'on n'enlève pas la tunique vaginale du testicule même, l'opération reste, dans le second cas, une incision avec excision, avec cette différence que la peau est conservée.

COMMUNICATION.

Fondation de prix par madame Laborie.

M. Verneuil annonce à la Société de chirurgie qu'une lettre lui a été adressée par M. le docteur de Laurès, ami et exécuteur testamen-

taire de notre regretté collègue Laborie, pour faire connaître à la Société de chirurgie une disposition des plus libérales, dont la veuve de notre confrère a pris l'initiative.

Madame Laborie, dans sa générosité, voulant honorer la mémoire de son mari, désire fonder un prix annuel de 1,200 francs pour perpétuer son nom dans la science.

Dès à présent, le capital de cette rente annuelle est mis à la disposition de la Société de chirurgie. Celle-ci arrêtera un programme de prix et le soumettra à l'approbation de la donatrice.

Une lettre de remercîments sera écrite à madame Laborie, et une démarche sera faite auprès d'elle pour lui témoigner toute la reconnaissance de la Société de chirurgie.

LECTURE.

Sur l'application de la suture osseuse au traitement du bec-de-lièvre double compliqué de saillie de l'os intermaxillaire, avec deux observations.

M. Broca. Dans la discussion qui a eu lieu récemment à l'occasion du cas de bec-de-lièvre compliqué présenté par M. Demarquay, j'ai mentionné une opération que j'ai faite l'année dernière dans un cas analogue, et où la conservation du tubercule osseux a parfaitement réussi. Je viens donner à la Société quelques détails de plus sur cette observation, qui est peut-être unique jusqu'ici, et qui démontre la possibilité d'un fait nié par la plupart des chirurgiens.

On s'accorde généralement à dire aujourd'hui que le tubercule incisif formé par la présence des deux os intermaxillaires, doit être enlevé, suivant la méthode de Franco, toutes les fois qu'il fait, en avant des os maxillaires et au-dessous du nez, une saillie notable. Ce n'est qu'à regret que les chirurgiens se sont décidés à faire ce sacrifice, et à produire sur l'arcade dentaire une mutilation irréparable. Mais, d'une part, la saillie de l'os incisif s'oppose absolument à la présence des parties molles. Il faut donc faire disparaître cet obstacle; et, d'une autre part, les procédés suivis pour refouler le tubercule osseux en arrière n'ont donné, jusqu'ici, que des résultats défectueux. Ces procédés sont au nombre de trois : la compression graduelle, la fracture de la cloison des fosses nasales, et l'excision en V de cette cloison.

La compression, employée par Desault, n'est applicable qu'aux cas où la saillie du tubercule osseux est très-peu considérable, et elle échoue d'ailleurs presque toujours, parce que la cloison des fosses nasales, beaucoup plus épaisse et beaucoup plus solide qu'à l'état

normal, oppose ordinairement aux moyens de compression une résistance presque invincible. Enfin il est douteux que le tubercule, une fois refoulé, puisse se consolider, entre les os maxillaires, à un degré suffisant pour servir à la mastication.

Bichat nous dit bien, en parlant de la petite opérée de Desault, que les aliments ne revenaient plus par les narines et que le vice de prononciation était corrigé, mais il ne parle pas de l'état de la mastication, de sorte qu'il est permis de mettre en doute la solidité de l'os intermaxillaire.

La fracture de la cloison des fosses nasales, opérée une fois de vive force par Gensoul, a permis à ce chirurgien de réduire le tubercule osseux et de réunir les chairs avec succès. Mais le sujet était âgé de 13 ans; or, il est bien rare que les becs-de-lièvre doubles et compliqués d'une forte saillie de l'os incisif soient opérés aussi tard. L'opération se pratique presque toujours chez de très-jeunes enfants, et, à cet âge, la cloison ne se laisserait pas aisément fracturer, car elle est encore en grande partie cartilagineuse, et elle joint, à une très-grande épaisseur, un certain degré de souplesse. Il ne serait pas impossible, sans doute, de vaincre sa résistance et de la rompre, en employant une force suffisante; mais on ne peut savoir où s'opérerait la fracture, qui pourrait, à travers la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, se prolonger jusqu'à la base du crâne. Puis, la fracture une fois produite, la réduction ne pourrait se faire qu'à la faveur d'un chevauchement qui doublerait l'épaisseur de la cloison et rétrécirait considérablement les fosses nasales. Ces difficultés ont fait reculer les chirurgiens, et le fait de Gensoul, qualifié par Malgaigne de « tentative basardeuse », est resté unique jusqu'ici.

Le procédé de Blandin est incomparablement meilleur : il consiste à pratiquer dans la cloison, avec des cisailles, une perte de substance limitée par deux incisions qui, partant l'une et l'autre du bord inférieur de la cloison, se réunissent en haut en forme de V renversé. Le tubercule osseux médian, devenu mobile, peut alors être aisément refoulé en arrière, et la réduction est obtenue sans produire le chevauchement de la cloison, l'écartement des branches du V ayant été calculé de telle sorte que ces deux branches sont amenées au contact lorsque le tubercule est réduit. On procède alors à l'avivement et à la réunion des parties molles.

Ce procédé a donné lieu à plusieurs objections. En premier lieu, la section de la cloison est presque toujours suivie d'une hémorrhagie difficile à arrêter. Il y a dans cette cloison, qui est très-hypertrophiée, une et quelquefois deux artères qui fournissent du sang en abondance

et qui, renfermées dans un canal osseux ou cartilagineux, ne peuvent être liées. M. Guérard, qui a appliqué plusieurs fois le procédé de Blandin, a obvié à cet inconvénient au moyen de la cautérisation actuelle pratiquée avec un cautère en bec d'oiseau. La méthode galvano-caustique permet aujourd'hui de faire très-facilement cette cautérisation. Je me sers, pour cela, du petit cautère pointu et recourbé que M. Middeldorpf a fait construire pour cautériser le canal nasal. Avec cet instrument, on limite la cautérisation à l'orifice même de l'artère, et la petite eschare tombe assez promptement pour ne pas retarder la cicatrisation de la cloison. La première objection est donc résolue.

Un autre embarras résulte quelquefois du volume trop considérable du tubercule osseux médian, qui peut se trouver trop large pour pénétrer dans l'écartement de l'arcade alvéolaire. Mais on peut toujours y remédier en excisant une partie du tubercule.

Mais il reste une troisième objection qui, jusqu'ici, a paru décisive. Le tubercule osseux n'est fixé que par la cloison, qui se consolide sans doute en se cicatrisant, et qui probablement même se réunit, au moins en partie, par un cal osseux, mais qui ne donne qu'un point d'appui insuffisant au tubercule incisif suspendu au-dessous d'elle. Ce tubercule, dont les bords sont libres d'adhérences, reste toujours plus ou moins mobile entre les deux maxillaires; les dents qui s'y implantent ne peuvent servir à la mastication, et le bénéfice du procédé de Blandin devient, par conséquent, illusoire. C'est ce qui résulte de toutes les enquêtes qui ont été faites sur les suites de cette opération; la question a été agitée plusieurs fois dans les discussions de la Société de chirurgie, et tous ceux de nos collègues qui ont pris la parole se sont accordés à dire qu'il n'existe pas un seul cas où les résultats définitifs du procédé de Blandin aient été satisfaisants.

L'avivement des bords du tubercule et de la fente maxillaire, employé, en 1843, par M. Debrou comme complément du procédé de Blandin, ne suffit même pas à fixer l'os incisif. La cicatrice purement fibreuse, que l'on obtient ainsi, n'a pas la solidité nécessaire pour résister à la pression de la mastication, et le tubercule conserve toujours une certaine mobilité.

Dans le seul cas, à moi connu, où ce procédé ait été appliqué, le résultat immédiat parut d'abord favorable; le tubercule semblait solide, mais ce n'était qu'une apparence. M. Demarquay, écrivant l'année dernière un article de dictionnaire sur le bec-de-lièvre, a demandé à M. Debrou des nouvelles de son opéré, qui est encore bien vivant.

Le tubercule s'est dévié en arrière, et l'une des incisives qu'il supporte est dirigée vers la langue, qui n'en est cependant pas gênée; mais il n'est nullement soudé aux os maxillaires, et on peut l'incliner en avant et en arrière (1).

L'objection tirée de la mobilité du tubercule osseux, qui reste inutile et même gênant après la guérison du bec-de-lièvre proprement dit, est évidemment applicable aux procédés de Desault et de Gensoul aussi bien qu'à celui de Blandin.

Les chirurgiens sont donc revenus aujourd'hui au principe qui avait prévalu depuis Franco jusqu'à Desault, et qui consiste à pratiquer l'excision totale du tubercule incisif. Il est certain qu'en agissant ainsi, on simplifie beaucoup l'opération; mais les quatre dents incisives sont à jamais perdues; et de plus, ainsi que Desault l'avait déjà remarqué, la cicatrice labiale, tiraillant les chairs de la joue, amène peu à peu le rapprochement des os maxillaires, qui, quelquefois même, arrivent à se toucher sur la ligne médiane. L'arcade dentaire supérieure, devenue beaucoup plus courte que l'inférieure, ne coïncide plus avec elle, ce qui produit à la fin une difformité fâcheuse et une gêne notable de la mastication.

C'est ce qui m'a décidé à faire de nouvelles tentatives pour conserver le tubercule osseux. La seule objection sérieuse tirée de la mobilité et de l'inutilité de ce tubercule ne m'a pas paru sans réplique. J'ai pensé qu'un avivement latéral, portant sur le tissu osseux et suivi d'une suture appliquée sur les os eux-mêmes, avait toutes chances d'amener un travail de consolidation parfaite, une réunion par un cal osseux. J'ai mis deux fois cette idée en pratique, et je viens soumettre à la Société les résultats que j'ai obtenus.

Mon premier fait est sans valeur au point de vue de la question de la soudure osseuse, puisque l'enfant n'a pas vécu. Mais il est intéressant en ce sens qu'il nous offre un exemple d'une variété rare de bec-de-lièvre compliqué.

Il y a deux ans environ, pendant que j'étais chirurgien de l'hôpital

(1) Voir l'observation de M. Debrou dans le *Bulletin de thérapeutique*, 1844, t. XXVII, p. 441, et l'article Bec-de Lièvre de M. Demarquay, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, 1866, t. IV, p. 710. On lit dans cet article, d'après une note rédigée par M. Debrou : « La soudure osseuse n'a donc pas eu lieu, malgré le soin qui avait été pris dans l'opération de ne pas aviver seulement la muqueuse, mais d'entamer les bords osseux de l'os intermaxillaire. » — Mais on lit dans le *Bulletin de thérapeutique, loc. cit.* : « Le lendemain, M. Debrou commença par aviver, avec un

Saint-Antoine, mon collègue et ami M. Axenfeld, chargé du service des nourrices, me présenta un enfant âgé de 13 jours et atteint de bec-de-lièvre double, avec saillie du tubercule incisif, tubercule suspendu au-dessous du nez, faisant, en avant des os maxillaires, une saillie médiane d'environ 1 centimètre seulement; mais la cloison qui le supportait était assez épaisse et assez résistante pour opposer un obstacle absolu à la réduction. Il n'y avait, d'ailleurs, aucun écartement des os maxillaires, et c'est ce qui constitue la rareté du fait. Le voile du palais était normal, ainsi que la voûte palatine. La complication du bec-de-lièvre était exclusivement limitée aux os intermaxillaires, qui s'étaient soudés sur la ligne médiane et qui, sur les côtés, ne s'étaient pas unis aux os maxillaires.

La fente du squelette n'avait donc pas, comme d'habitude, la forme d'un Y, mais seulement la forme d'un V dont le sommet correspondait au trou palatin antérieur, et dont l'ouverture, correspondant au trou alvéolaire, avait un peu plus d'un centimètre de large. Le tubercule, comme d'habitude, était notablement hypertrophié, et sa largeur était plus grande que celle de la fente de l'arcade alvéolaire.

J'ai l'habitude, lorsque rien ne s'y oppose, d'opérer le plus tôt possible le bec-de-lièvre simple ou compliqué, fût-ce même le jour de la naissance; mais cet enfant était si chétif, il était dans un tel état de maigreur et de faiblesse, qu'il paraissait n'avoir que quelques jours à vivre. Je jugeai donc inopportun de l'opérer immédiatement. Toutefois, comme la mère semblait très-impatiente de faire faire l'opération, je lui promis de la pratiquer dès que l'enfant irait un peu mieux, et je l'ajournai à quinzaine. M. Axenfeld partagea mon opinion, mais trois jours après, il vint m'annoncer qu'il avait découvert la vraie cause du dépérissement de l'enfant. Il résultait, des propos tenus par la mère, qu'elle était bien résolue à ne pas élever ce petit monstre et à le laisser mourir de faim; mais qu'elle était prête cependant à prendre soin de lui et à lui rendre sa tendresse si la chirurgie pouvait lui rendre une figure humaine. En présence d'une pareille situation, toute hésitation devait disparaître, et quoique l'enfant eût encore notablement dépéri depuis trois jours, je me décidai, pour ainsi dire

bistouri, les bords de la partie moyenne de la lésion. Aussitôt après, il détacha, à l'aide d'une pince à crochet et du bistouri, un lambeau de la muqueuse sur chacun des points correspondants du tubercule osseux intermaxillaire et de la partie de l'os maxillaire avec laquelle il devait se trouver en rapport après l'opération. Il ne resta plus qu'à rafraîchir avec les ciseaux, les parties latérales de la lèvre, et à faire la réunion par suture. »

in extremis, à lui procurer, par l'opération, la seule chance de salut qui pût lui rester.

Je pratiquai donc cette opération en présence de M. Axenfeld : j'attaquai d'abord la cloison, suivant le procédé de Blandin; dès que le segment en V fut enlevé, je cautérisai, avec le cautère aigu de Middeldorpf, la petite artère de la cloison; puis j'avivai, avec un fort scalpel, le tissu osseux des deux bords du tubercule incisif et des deux bords de la fente de l'arcade alvéolaire; enfin, avec un poinçon, je perforai obliquement, de chaque côté, les deux bords correspondants des pièces osseuses, et, poussant un fil d'argent dans chaque trajet, je fis sur les os deux points de suture, l'un à droite, l'autre à gauche. Le tubercule incisif reprit ainsi exactement sa place, et lorsqu'il fut bien fixé, je fis, à l'aide de plusieurs fils d'argent, la réunion des deux moitiés de la lésion, préalablement décollées par la dissection. Le tubercule labial médian fut employé à former la sous-cloison, mais comme il était fort court, je ne pus fixer son sommet dans la partie supérieure de la suture labiale sans exercer un tiraillement assez fort sur la pointe du nez.

L'enfant avait perdu fort peu de sang pendant l'opération; le lendemain, l'état local était excellent; la difformité était parfaitement corrigée; il n'y avait pas de gonflement. L'état général ne paraissait pas s'être aggravé. La mère, qui semblait fort satisfaite, et qui, dans le fait, avait pris grand soin de son enfant depuis l'opération, déclara qu'elle ne pouvait rester plus longtemps à l'hôpital et fit signer sa sortie, en promettant de venir tous les matins nous montrer notre petit opéré. Elle revint effectivement le lendemain : les parties étaient encore dans le meilleur état, mais l'enfant était toujours aussi faible, et il succomba probablement dans la journée, car la mère ne revint plus à l'hôpital.

Cette terminaison n'était que trop prévue, et, si je n'avais pas eu la main forcée, je n'aurais pas pratiqué une opération dans des conditions aussi défavorables, mais cette première tentative m'avait, du moins, appris que la suture osseuse était facile à appliquer, qu'elle compliquait peu l'opération, et qu'en fixant le tubercule incisif sur le plan de l'arcade alvéolaire, elle favorisait le rapprochement des parties molles et la formation de la sous-cloison du nez au moyen du tubercule labial médian. Je jugeai donc qu'il n'y avait pas lieu de renoncer à ce procédé, et je me promis de l'appliquer de nouveau à l'occasion.

Je me demandai toutefois s'il était opportun, en pareil cas, de faire en une seule séance une opération qui se compose de deux parties

très-distinctes, et évidemment séparables : la réduction et la réunion des os, l'avivement et la réunion des parties molles. Blandin avait l'habitude de pratiquer dans une première séance l'excision triangulaire de la cloison et la réduction du tubercule; il appliquait ensuite sur la lèvre un bandage compressif, qui maintenait le tubercule dans sa nouvelle position; et au bout d'une ou plusieurs semaines, il avivait et réunissait les chairs. Dans le cas de M. Debrou, la cloison fut excisée le premier jour; l'avivement du tubercule et la réunion de la lèvre furent faits le lendemain. Cette séparation des deux temps de l'opération a l'avantage de ne pas fatiguer l'enfant par une séance trop longue; et lorsque l'intervalle est de plusieurs jours, le petit opéré a le temps de réparer la perte de sang, ordinairement assez considérable, qui suit l'excision du vomer. Mais on peut, comme je l'ai déjà dit, réprimer immédiatement avec le cautère électrique l'hémorrhagie de la cloison. Maintenant, on peut se demander si un jeune enfant sera moins fatigué, moins épuisé, par deux opérations partielles que par une opération plus longue, mais unique. Je pense que, sous ce rapport, l'avantage est du côté de l'opération unique. Ce n'est donc point là ce qui me ferait hésiter. Mais il y a un argument sérieux à invoquer en faveur de la pratique de Blandin. On se propose toujours de former la sous-cloison au moyen du tubercule labial médian. Or, lorsque la saillie de l'inter-maxillaire est très-considérable, le tubercule labial est trop court pour pouvoir être amené, sans beaucoup de tiraillements, jusqu'au niveau du bord supérieur de la suture de la lèvre. C'est en vain que, pour le rendre plus élastique, on le dissèque, de bas en haut, dans une étendue de quelques millimètres; lorsque la suture est terminée, on voit que le tubercule labial, devenu horizontal et transformé en sous-cloison, attire fortement, en bas et en arrière, la pointe du nez, que l'élasticité des cartilages nasaux tend, au contraire, à relever. La suture se trouve donc aux prises avec cette élasticité, dont l'action, faible sans doute, mais continue, oppose un obstacle très-grand au succès de la réunion de la sous-cloison. Celle-ci se sépare presque toujours de la lèvre proprement dite, et son sommet forme, au dessous du nez et au-devant de la lèvre réunie, un petit tubercule disgracieux, qu'il est ensuite nécessaire d'exciser. Il est clair que l'opération en deux temps atténuerait beaucoup l'inconvénient qui résulte de la trop grande brièveté du tubercule labial. Le tubercule osseux, une fois refoulé en arrière et fixé solidement par la suture osseuse, attirerait fortement, en bas et en arrière, le tubercule charnu médian qui s'insère sur lui, et le retour élastique des cartilages du nez, ne pouvant triompher de la résistance

des fils métalliques qui traversent les os, amènerait très-probablement, au bout de quelques semaines, l'allongement du tubercule charnu qui doit former la sous-cloison. Cet allongement favoriserait beaucoup le succès de la seconde partie de l'opération.

Telle était la question que je m'étais posée, et que je n'avais pas encore résolue, lorsqu'un confrère de la province, M. le docteur M..., vint à Paris, au mois d'avril 1867, pour me prier d'opérer son fils, âgé de 2 mois et demi, et atteint d'un bec de lièvre double, compliqué de saillie du tubercule incisif. Je lui fis part de mes hésitations, et il les comprit parfaitement. J'inclinais à faire toute l'opération en une seule séance, tout en reconnaissant qu'une opération en deux temps pouvait offrir quelques avantages. Réflexion faite, il donna la préférence à l'opération en un seul temps, et, dès lors, je n'hésitai plus.

L'enfant était atteint d'une gueule de loup aussi complète que possible. Le voile du palais, la voûte palatine, étaient divisés dans toute leur longueur. Le tubercule inter-maxillaire faisait, en avant des os maxillaires, une saillie de 15 millimètres, et était suspendu au bout du nez. Sa direction était très-oblique; sa forme était presque globuleuse, et son diamètre transversal, long de 15 millimètres, l'emportait de plusieurs millimètres sur la largeur de la fente de l'arcade alvéolaire. La cloison était très épaisse et très-solide; le tubercule labial médian, beaucoup moins large et surtout beaucoup moins long que le tubercule osseux, laissait des deux côtés apercevoir la muqueuse. Enfin, les deux bords latéraux de la lèvre étaient très-écartés; et il était clair que, pour les amener au contact sur la ligne médiane, il faudrait recourir à une véritable autoplastie. L'éruption des dents incisives n'était pas encore commencée.

L'opération fut pratiquée le 28 avril 1867.

Je pratiquai d'abord sur la sous-cloison, aussi en arrière que possible, à l'aide d'une cisaille recourbée sur le plat, l'excision triangulaire de Blandin. Le segment que j'enlevai avait 8 millimètres de base; son sommet s'élevait en haut jusqu'au voisinage du dos du nez. Deux jets de sang, fournis par les artérioles de la cloison, furent réprimés aussitôt avec le cautère pointu de Middeldorpf. Le tubercule osseux, devenu bien mobile, pouvait aisément être refoulé en arrière; mais il ne pouvait pénétrer dans la fente maxillaire, moins large que lui. Je procédai alors à l'avivement des os, à l'aide d'un bistouri à périoste, emportant sur chacun des quatre bords osseux une sorte de copeau, formé par une couche de muqueuse et par une couche d'os. La fente se trouvait ainsi élargie, mais, quoique le tubercule fût en

même temps rétréci, il était encore trop large pour pénétrer dans la fente ; de sorte que je fus obligé d'en enlever encore une tranche. Cette nouvelle excision osseuse, pratiquée sur le bord gauche du tubercule, mit à nu le follicule de l'incisive latérale. Le tubercule ainsi réduit put être introduit dans la fente; il ne s'agissait plus que de l'y assujettir.

A cet effet, je m'armai d'un poinçon en forme d'alène, et je pratiquai sur chacun des quatre bords osseux une perforation oblique, qui commençait, sur la face antérieure, à trois millimètres du bord, aboutissant, en arrière, à la limite postérieure de l'avivement du tissu osseux. Chaque fois, après avoir retiré le poinçon, je poussais aussitôt à sa place un fil d'argent qui parcourait le trajet à la manière de la soie de sanglier du fil des cordonniers. Lorsque les quatre fils furent placés, je les mariai deux à deux par torsion, et, attirant ainsi l'un par l'autre, j'obtins de chaque côté une anse unique qui traversait à la fois le tubercule et l'os maxillaire adjacent. Je reproduisis alors la réduction du tubercule osseux, et lorsqu'il fut bien en place, je terminai la suture en tordant ensemble les deux anses de chaque fil d'argent. Le petit tourillon de torsion fut aplati et couché sur la face antérieure des maxillaires, afin que son extrémité ne vînt pas blesser la lèvre.

Tel fut le premier temps de l'opération.

Je décrirai moins minutieusement le second temps de l'opération. Je libérai d'abord de bas en haut, dans une étendue de trois à quatre millimètres, le sommet du tubercule labial, afin de pouvoir relever un peu la pointe du nez, que la réduction du tubercule osseux avait fortement abaissée. Puis je procédai à l'avivement des deux bords labiaux suivant un procédé que j'ai déjà fait connaître à la Société, il y a quelques années (voyez *Bulletin de la Société de chirurgie)*, et qui n'est qu'un dérivé du procédé bien connu de M. Mirault (d'Angers). Du côté droit, je poussai l'avivement presque au-dessous du bord libre. Du côté gauche, je n'avivai que la moitié supérieure de la fente labiale, et au-dessous de cet avivement je pratiquai de dedans en dehors une incision à peu près horizontale, mais cependant curviligne, à concavité supérieure, qui se termine à sept millimètres environ au-dessus de la bouche. Je produisis ainsi, sur la moitié gauche de la lèvre, un petit lambeau courbe, dont le bord inférieur interne devait devenir horizontal pour constituer le bord libre de la nouvelle lèvre; et dont le bord supérieur ou saignant, mince en dedans, épais en dehors, devait venir s'appliquer sur le bord inférieur déjà avivé de la moitié droite de la lèvre. Mais les deux moitiés de la

lèvre étant beaucoup trop courtes pour pouvoir être amenées en contact, il fallut donc les détacher des os, ainsi que la partie adjacente des deux joues; et en même temps, pour pouvoir reformer les narines, je libérai les ailes du nez, en déviant de bas en haut, dans la moitié environ de leur hauteur, les insertions sur le bord antérieur des apophyses mastoïdes. Je pus ainsi obtenir, sans trop de tiraillements, la réunion des deux moitiés de la lèvre. Je les fixai avec six points de suture au fil d'argent, dont quatre appliqués sur le corps de la lèvre donnèrent une suture verticale et médiane, tandis que les deux autres furent appliqués sur le sommet et sur la base du lambeau horizontal. Enfin, le sommet du tubercule labial, transformé en sous-cloison, fut fixé sur la partie supérieure de la suture médiane par un septième fil qui traversait à la fois ce tubercule et les deux moitiés de la lèvre; mais je reconnus alors que la sous-cloison trop courte tiraillait fortement la pointe du nez, et il me parut probable que ce dernier point de suture ne tiendrait pas.

Les suites de l'opération furent assez sérieuses pendant les trois premiers jours. L'inflammation locale fut très modérée, et le gonflement presque nul; mais l'enfant eut beaucoup de fièvre : le peu de lait qu'on lui donnait était promptement vomi, et pour éviter les efforts des vomissements, je dus tenir le petit opéré à la diète, ce qui naturellement l'affaiblit beaucoup. Au bout de trois jours on lui rendit son lait; il le supporta bien; la fièvre se calma et les forces se relevèrent peu à peu.

Le quatrième jour, je constatai que la sous-cloison s'était coupée sur le fil et s'était séparée de la lèvre. Le fil supérieur, devenu inutile, fut enlevé. Le lambeau horizontal était au contraire parfaitement réuni; j'enlevai les deux fils qui le fixaient, ne laissant en place que les quatre fils de la suture médiane. Ceux-ci furent enfin retirés le huitième jour; ils avaient bien tenu, à l'exception du supérieur qui avait coupé les chairs La lèvre était bien réunie dans toute sa hauteur, excepté tout en haut, où il restait au-dessous et en arrière de la sous-cloison un trou de la largeur d'un pois. Pour favoriser la réunion de cette ouverture et la soustraire au tiraillement latéral, j'appliquai, à l'aide de bandelettes de sparadrap, le bandage unissant du bec-de-lièvre. L'ouverture se rétrécit rapidement, se remplit de bourgeons charnus.

Le treizième jour elle était presque entièrement cicatrisée, et j'enlevai le bandage unissant.

Restaient les deux points de suture osseux. Ils n'avaient produit aucun accident, et j'aurais voulu les laisser en place quelque temps

encore; mais les parents de l'enfant avaient hâte de quitter Paris, et le 15 mai, voyant que le tubercule paraissait déjà très-solide, je me décidai à enlever les deux fils d'argent. La guérison était parfaite, si ce n'est que le sommet de la sous-cloison cicatrisé isolément faisait au-dessous et en avant de la cicatrice labiale un petit tubercule arrondi.

La bouche était très-petite. La lèvre inférieure, beaucoup plus longue que la supérieure, faisait en avant une saillie très-considérable; mais on sait que cette difformité, inévitable pendant les premiers temps, s'efface ensuite peu à peu.

Je n'ai plus revu depuis lors mon petit opéré; mais, le père m'a donné plusieurs fois de ses nouvelles. J'extrais les passages suivants de ses dernières lettres.

4 janvier 1868... « L'enfant a aujourd'hui près de 11 mois. Sa santé est très-bonne; malgré la division palatine, il avale sans la moindre difficulté des panades et des potages au vermicelle. Sa voix n'est que très-légèrement nasonnée quand il dit : *papa* et *maman*. La *réunion osseuse est complète*. Il n'y a pas encore de dents à la mâchoire supérieure. L'orifice buccal se refait tous les jours. Les narines sont encore un peu trop étroites, et la respiration est gênée lorsque la bouche est fermée. »

22 *mars* 1868... « J'ai examiné avec le plus grand soin l'état de la mâchoire supérieure de notre petit opéré. Les faces antérieures et postérieures de cette mâchoire ne sont marquées d'aucun sillon au niveau des sutures de l'os maxillaire avec les deux os sous-maxillaires. Seul, le bord libre offre deux petites dépressions aux points qui correspondent à la réunion. J'ai essayé, à différentes reprises, d'imprimer des mouvements antéro-postérieurs à cet os maxillaire. Il m'a été impossible d'éprouver la moindre sensation de déplacement. L'enfant serre très-fort entre les mâchoires les corps les plus durs, aussi bien au niveau du tubercule que partout ailleurs. Il s'agit bien réellement d'une soudure osseuse. Il n'y a pas encore de dents à la mâchoire supérieure. La lèvre supérieure est plus épaisse que l'inférieure. Celle-ci déborde de moins en moins, et si ce n'était le petit tubercule médian qui lui pend au-dessous du nez, l'enfant ne semblerait pas avoir eu cette affreuse difformité que vous avez si bien corrigée. Il marche seul maintenant... »

La petite difformité que signale ici M. le docteur M..., et que j'avais déjà constatée l'année dernière, pourra être aisément corrigée, soit par une petite opération plastique, dans laquelle le tubercule charnu serait employé à faire une sous-cloison, soit par l'excision pure et

simple de toute la partie saillante. L'opération, en tous cas, sera très-simple et très-légère. Il était à peu près inévitable que le tubercule, dont la longueur était très-insuffisante, ne se réunît pas à la lèvre; et je me demande maintenant, comme je me le demandais avant l'opération, s'il n'y aurait pas avantage, dans les cas de ce genre, à exécuter séparément, à quelques semaines ou à quelques mois d'intervalle, la réduction des tubercules et la réunion de la lèvre. J'ai lieu de croire, en effet, qu'à la suite de la réduction du tubercule osseux, le tubercule charnu médian s'allongerait d'une manière notable. Je ferai peut-être un jour cette tentative. Mais je reconnais que cette proposition est fort discutable; et il faut tenir compte, d'ailleurs, de l'impatience des familles, qui ont hâte de voir disparaître le plus tôt possible la difformité extérieure, et qui, probablement, désireraient toujours que l'opération soit faite en une seule séance.

On vient de voir que l'éruption des dents incisives supérieures est grandement en retard chez mon petit opéré. Les incisives médianes auraient dû paraître depuis plusieurs mois; les latérales même devraient être déjà sorties, car il est rare qu'elles soient ainsi incluses dans la mâchoire chez les enfants de cet âge (15 mois). L'incisive latérale gauche ne paraîtra probablement jamais, puisque son follicule a été mis à nu pendant l'opération; quoique ce follicule ait été laissé en place, il y a tout lieu de croire que le cal osseux a fait éruption dans l'alvéole, et fait atrophier la bulbe avant que la racine fût formée; mais j'espère que le développement des incisives permanentes ne sera pas empêché. J'ai eu soin, en effet, de passer les fils d'argent à travers la partie la plus inférieure des os, en m'éloignant le plus possible du bord supérieur de l'arcade alvéolaire, où se forment les follicules des dents permanentes.

Le retard, déjà considérable, qu'a subi l'éruption des incisives supérieures médianes peut être indépendant de l'opération. Ce retard s'observe quelquefois chez les enfants qui ne sont pas opérés; il est, d'ailleurs, loin d'être constant, quelquefois même les dents du tubercule incisif sortent plusieurs mois avant les incisives inférieures. On ne peut savoir quelle est celle de ces éventualités qui se serait présentée chez mon petit opéré, mais il me paraît probable que, toutes choses égales d'ailleurs, la réduction du tubercule est de nature à arrêter, pendant quelque temps, le travail odontogénique. La section de la cloison des fosses nasales prive le tubercule osseux de ses artères nourricières. Les anastomoses capillaires qui existent entre le plan antérieur de la cloison et le lobule du nez, suffisent toujours à entretenir la vie dans l'os inter-maxillaire, et bientôt de nouvelles commu-

nications vasculaires s'effectuent à travers les deux cicatrices osseuses de l'arcade alvéolaire; mais il s'écoule sans doute quelque temps avant que la circulation ait recouvré toute son énergie, et il n'en faut pas davantage pour expliquer le retard des phénomènes de l'éruption.

Quant aux dents incisives permanentes, dont l'importance est bien supérieure à celle des dents de lait, il y a lieu de croire que leur développement ne sera pas entravé par les conditions nouvelles que l'opération a créées. Ici encore il ne faut, toutefois, pas oublier que l'existence même du bec-de-lièvre compliqué, abstraction faite de toute opération réparatrice, suffit souvent pour faire avorter une ou plusieurs des dents incisives temporaires ou permanentes. Ainsi, j'ai disséqué une fois un tubercule incisif, que j'avais excisé chez une petite fille de deux ans. Ce tubercule était surmonté de deux grosses incisives médianes; mais je cherchai vainement les follicules des incisives latérales. Dans un autre cas, où le bec-de-lièvre était moins compliqué et où il n'y avait sur l'arcade alvéolaire qu'une seule fente, située à gauche, j'ai constaté que la mâchoire supérieure n'avait que trois incisives, quoique l'enfant fût déjà âgée de 5 ans. Enfin, j'ai vu un adulte qui avait été opéré, dans sa jeunesse, d'un bec-de-lièvre *simple*, et qui n'avait non plus que trois incisives supérieures, quoiqu'il n'eût perdu aucune dent, et que la rangée dentaire fût continue. Ce dernier fait prouve que les conditions qui font naître le bec-de-lièvre peuvent mettre obstacle non-seulement au développement des dents de lait, mais encore à celui des dents permanentes. Il est bien clair que l'ostéoplastie ne peut modifier en rien ces défectuosités originelles, et qu'il y a toujours quelque chance pour que l'éruption des dents définitives soit incomplète. Mais, c'est un détail d'une importance tout à fait secondaire.

En résumé, je pense que la méthode qui consiste à conserver le tubercule osseux, dans le cas de bec-de-lièvre double, compliqué de la saillie de ce tubercule, a été trop facilement abandonnée par les chirurgiens. Sans prétendre que la conservation de ce tubercule soit toujours possible, je viens de prouver qu'il y a des cas où elle peut réussir d'une manière complète, à la faveur de l'avivement du tissu osseux et de la suture osseuse.

Quelques mots, en terminant, sur les contre-indications. Lorsque le tubercule osseux fait une saillie excessive, qu'il est situé directement sur le prolongement du bout du nez, et que le tubercule labial médian est très-court, la réduction, sans être impossible, serait fort difficile, et il faudrait quelquefois, pour l'obtenir, effacer presque entièrement le nez. Dans un cas de ce genre, je commencerais par

exciser la cloison, et, d'après le résultat que donnerait le refoulement du tubercule, je me déciderais à le conserver ou à l'enlever.

Une seconde contre-indication résulterait de la trop grande exiguité du tubercule osseux. Il est clair, en effet, que s'il était plus étroit que la fente de l'arcade alvéolaire, il ne pourrait y être fixé par la suture osseuse. Il n'est pas nécessaire, sans doute, que le contact des surfaces osseuses avivées soit absolu des deux côtés; quand même il resterait à droite ou à gauche un léger écartement, d'un ou deux millimètres par exemple, les phénomènes de la cicatrisation, ou même de la cicatrisation osseuse, pourraient encore s'effectuer. Mais si la disproportion était plus grande, il y aurait lieu d'hésiter. Pourrait-on se borner à n'aviver le tubercule que sur un de ses bords, à ne suturer que ce bord, et la soudure osseuse obtenue d'un seul côté aurait-elle une solidité suffisante? C'est une question que je ne me permettrai pas de résoudre. Si, comme je l'espère, la méthode conservatrice reprend quelque faveur dans la pratique, l'expérience ultérieure pourra nous conduire peu à peu à étendre l'application de cette méthode à des cas qui nous semblent aujourd'hui défavorables. Mais ce ne sont pas ces cas extrêmes qui me préoccupent ici. Ils sont d'ailleurs exceptionnels. Mon but est seulement de montrer qu'il y a des cas nombreux où il est indiqué de conserver l'os inter-maxillaire au lieu de l'exciser, comme on le fait généralement.

DISCUSSION.

M. Giraldès. Desault attribuait à l'opération ce qui était le résultat d'un vice de conformation congénitale.

Je remercie M. Broca de nous avoir fait connaître son observation, mais je pense que son procédé ne pourra être applicable à la généralité des cas. Ce procédé, assurément, est bon à noter, mais il ne sera pas utile quand l'arcade dentaire sera atrophiée et l'os incisif très-développé. J'ajoute qu'il est très-exceptionnel de rencontrer des tubercules incisifs réductibles.

M. Broca. Je suis étonné que M. Giraldès n'ait pas rencontré de tubercules réductibles.

J'ai ajouté, à l'opération de Blandin, l'avivement des bords osseux et la suture osseuse.

Le procédé de Blandin a été employé par un grand nombre de chirurgiens, mais à ce procédé on faisait l'objection suivante :

« Que va devenir le tubercule osseux qui va être mobile? »

Par mon procédé, je réponds à cette objection.

Desault a dit que, lorsqu'on ne mettait pas le tubercule entre les

deux maxillaires, ceux-ci se rapprochaient, et le défaut de parallélisme des deux arcades alvéolaires augmentait. L'argument de Desault conserve toute sa valeur, et il faut obvier au rapprochement des deux os.

Chez un très-jeune enfant, on ne peut pas réussir quand le tubercule fait une saillie de 15 millimètres.

M. Demarquay. J'ai écouté avec grand plaisir la lecture de M. Broca. Ce chirurgien a évidemment completé le procédé de Blandin.

M. Giraldès. L'objection principale que l'on doit faire au procédé de M. Broca est la suivante : Les arcades alvéolaires étant atrophiées, et cela arrivant dix-huit fois sur vingt, le tubercule, alors qu'il sera réduit, dépassera les arcades alvéolaires de presque toute sa hauteur. En somme, le procédé de M. Broca est un procédé exceptionnel applicable seulement à des cas exceptionnels.

M. Broca. Ce qui est exceptionnel, c'est que le procédé ne soit pas applicable.

PRÉSENTATIONS DE MALADES.

Enchondrôme à marche rapide. — Résection partielle des deux maxillaires supérieures.

M. Tillaux présente un jeune homme, âgé de 29 ans, exerçant à Paris la profession de sergent de ville, auquel il a pratiqué, le 6 février dernier, une résection partielle des deux maxillaires supérieurs.

La guérison est aujourd'hui complète, et grâce à une pièce artificielle très-habilement faite par un jeune dentiste, M. Lanfray, la difformité est à peine appréciable.

Le malade portait à la mâchoire supérieure une tumeur du volume d'un œuf de poule, qui n'avait commencé à apparaître que trois mois auparavant : elle occupait l'espace compris entre la canine droite et la deuxième petite molaire gauche d'une part; le grand angle de l'œil et l'os malaire d'autre part; en arrière, elle s'arrêtait à la partie moyenne de la voûte palatine. La tumeur a été mise à nu par une incision latérale interne partant du grand angle de l'œil gauche et descendant verticalement jusqu'à la lèvre supérieure, qui a été divisée. Les os ont été facilement sectionnés avec la pince de Liston et quelques coups de ciseau. M. Tillaux appelle spécialement l'attention de la Société sur la texture de ce néoplasme. L'examen qu'il en a fait, confirmé par celui de MM. Ranvier et Laboulbène, a montré que

c'était du cartilage à différents états de développement. Or, l'enchondrôme a pour caractère clinique habituel de se développer lentement; celui-ci n'a mis que trois mois à acquérir le volume d'un œuf de poule; il s'est comporté comme les tumeurs que nous considérons ordinairement comme de *mauvaise nature*. C'est à ce titre exceptionnel seulement que le fait a paru digne à M. Tillaux d'être rapporté à la Société de chirurgie.

M. Trelat. L'on doit appeler l'attention sur le développement rapide de cette tumeur, qui était un enchondrôme pur.

Je viens d'observer, chez une jeune femme de 29 ans, un enchondrôme à marche très-rapide. La tumeur, qui occupait d'abord la partie latérale droite du cou, s'est développée en moins de six mois. Ses limites, au moment de l'opération, étaient la plèvre, le pharynx, les gros vaisseaux du cou et les apophyses épineuses des vertèbres cervicales.

Après avis de MM. Guérin et Verneuil, l'opération a été résolue. L'opération a été faite; il n'y a pas eu de complication immédiate; mais bientôt s'est développée une pleurésie purulente. En outre, chez cette malade, on a observé des phénomènes dus évidemment à la contusion de la portion cervicale du grand sympathique.

La tumeur, examinée au microscope, a été classée parmi les enchondrômes muqueux.

Affection singulière des arcades alvéolo-dentaires.

M. Léon Labbé présente un malade atteint d'une affection singulière des arcades alvéolo-dentaires, et caractérisée principalement par la destruction lente et successive des rebords alvéolo-dentaires.

Le nommé A..., âgé de 42 ans, est entré dans les salles de l'hôpital des Cliniques, le 10 mars 1868, pour une perforation de la voûte du palais.

Il raconte qu'il est né de parents bien portants. Son père est mort à l'âge de 62 ans, d'une attaque d'apoplexie. Sa mère est morte à 42 ans, d'une plaie de la jambe, pour laquelle on lui avait proposé l'amputation, mais de nature mal définie. Il s'est très-bien porté dans sa jeunesse, n'a jamais eu de gourmes, ni aucune autre manifestation de la scrofule. Il habitait avec ses parents un logement sain, se nourrissait bien, se trouvait, en somme, dans d'excellentes conditions hygiéniques. Il a commencé, à 14 ans, à apprendre le métier de graveur sur pierres. Sa vue était parfaite, et ce métier l'exige. Il ne louchait

pas du tout. A 20 ans, il a contracté un chancre de la verge, induré, unique, qui a séparé en deux la partie inférieure du prépuce. Il a fait un traitement local : cautérisation par le nitrate d'argent; application de vin aromatique. Il s'est formé deux grosseurs dans l'aine, que des sangsues ont fait disparaître. Trois mois après, il a eu des plaques muqueuses, dont on voit encore la cicatrice un peu au-dessous de la commissure droite des lèvres, et quelques semaines après, des taches se sont montrées sur la poitrine et le ventre. Il n'en a pas eu au cou, ni à la face. M. Ricord, que le malade alla consulter, ordonna des pilules de protoiodure de mercure et le sirop de Cuisinier. Ce traitement a été suivi pendant trois ou quatre mois, mais assez irrégulièrement. Le malade n'avait rien changé à son régime, faisait d'assez fréquentes libations et fumait pour 8 sous de tabac par jour. S'apercevant enfin qu'il ne guérissait pas et qu'il était toujours plus malade après une nouvelle débauche, il entra à l'hôpital de la Pitié (service de M. Clément). Il y resta sept semaines, pendant lesquelles il fut soumis à un traitement dépuratif, et prit des bains alcalins. Il en sortit à peu près guéri. Sa santé se rétablit, en effet, d'une façon complète, si bien qu'il se maria quelques années après, à l'âge de 25 ans. Il n'a eu de son mariage que deux enfants, un garçon de 16 ans et une fille de 12. Ils sont, dit-il, très-frais et d'une santé excellente.

Après son mariage, il a continué son métier de graveur sur pierres. C'est un travail minutieux, qui exige une grande attention. Il travaillait beaucoup et passait une partie de ses nuits à l'établi. Il avait la vue très-nette. Il se portait bien. Pourtant il avait de temps en temps des adénites dans le creux axillaire, à droite plutôt qu'à gauche. Son travail, selon lui, en était cause. Il suait beaucoup, et souvent, dit-il, il était pris d'une sueur subite, qui venait presque sans motif et disparaissait très-rapidement, laissant après elle un sentiment de froid. Sa vie était parfaitement régulière.

Il y a 8 *ou* 9 *ans*, il a été pris tout d'un coup, un jour qu'il travaillait comme d'ordinaire, d'éblouissements. Sa vue s'est subitement troublée. Les objets ne lui apparaissaient plus qu'à travers un brouillard si épais qu'il n'aurait pas pu se conduire. Il prit une purgation dont l'effet fut nul, et le lendemain alla consulter M. Desmarres. Celui-ci prescrivit des applications successives de ventouses à chaque tempe et ordonna des pilules. Un mieux marqué arriva bientôt; puis une petite grosseur se forma dans l'angle interne de l'œil droit, qui fut ouverte par M. Desmarres, et d'où sortit du pus avec du sang. Un collyre fut ordonné, et bientôt le malade se trouva délivré de tout ce qu'il avait eu du côté des yeux. Il a continué son métier de

la sorte pendant environ trois ans. Il était allé habiter Pontoise. Il avait là un logement humide.

Au bout de ces trois ans, il revint à Paris, Il habitait à Vaugirard avec toute sa famille un logement assez malsain. Il se portait bien et travaillait parfaitement au moment de son retour. Cela ne dura que six semaines. Sa vue redevint trouble, non pas comme la première fois, car il pouvait travailler encore, mais d'une façon notable pourtant. Il revint vers M. Desmarres, qui ordonna des pilules et de la tisane de chicorée, et pratiqua une saignée au bras. Les troubles de la vue ne firent qu'augmenter. L'œil gauche se prit tout à fait, et il paraît avoir été à ce moment le siége d'une inflammation générale. Les paupières étaient très-rouges, dit le malade; le jour ne pouvait être supporté, etc. Plus tard, l'œil droit fut pris à son tour. Après avoir fait prendre assez longtemps les pilules qu'il avait précédemment ordonnées, puis d'autres pilules, M. Desmarres ordonna de l'iodure de potassium. Le malade a pris de l'iodure de potassium pendant fort longtemps, près de deux ans et demi. Les troubles de la vue qu'il avait présentés avaient depuis longtemps disparu. L'œil gauche était tout à fait normal; l'œil droit était très-bas aussi; mais la paupière supérieure commençait à tomber au-devant de l'œil. Le malade se croyait bien rétabli. Il abandonna enfin tout traitement.

C'est peu de temps après (il y a environ trois ans de cela aujourd'hui), que les phénomènes observés du côté de la bouche commencèrent à se manifester. Les dents tout d'abord s'ébranlèrent, celles de devant les premières. Elles n'étaient ni gâtées, ni douloureuses. Seulement elles se détachaient les unes après les autres. Le malade n'avait qu'à tirer très-légèrement, et elles cédaient. Quand elles étaient ainsi enlevées de l'alvéole, il ne s'écoulait que très-peu de sang, ou même il ne s'en écoulait point du tout. Les gencives se refermaient assez bien après la chute des dents. Il y eut une exception pour les grosses molaires du côté gauche. Quand elles tombèrent, il s'écoula une quantité de sang abondante, et la gencive ne se referma point. Le malade sentait, en y passant la langue, une cavité assez considérable. Une hémorrhagie considérable se fit, huit jours après, par cette ouverture; le malade prétend avoir perdu, à ce moment, deux litres de sang. On l'arrêta par le perchlorure de fer. Elle se reproduisit 15 jours après, et de nouveau un mois après. Depuis lors, il ne s'en est pas fait de nouvelle.

En même temps que se produisaient ces phénomènes, la paupière supérieure tombait sur l'œil droit, de plus en plus. C'est le seul trouble oculaire dont le malade se soit aperçu. Le malade est resté chez

lui depuis cette époque. Il n'a suivi aucun traitement. Comme la perte de substance qu'il constatait après la chute des molaires du côté gauche s'est fort agrandie, que la voûte palatine est en partie détruite, et qu'il en résulte des troubles fonctionnels fort gênants pour le malade et toujours croissants d'ailleurs, il se décide à entrer à l'hôpital des Cliniques, le 10 mars 1868, dans le service de M. Jarjavay, remplacé par M. Labbé.

Depuis qu'il est à l'hôpital, ce malade n'a présenté à notre observation aucun phénomène nouveau. L'état actuel est à peu près celui qu'il présentait au moment de son entrée. Pourtant, la destruction des os continue. Elle se fait seulement avec une extrême lenteur. Ce n'est guère que du côté de l'alvéole droite que nous avons pu constater ce fait. Nous l'avons fait d'une façon positive.

État actuel. — Examen de la cavité buccale.

Il n'existe plus dans la bouche que trois dents, qui se trouvent placées du côté gauche sur la mâchoire inférieure. On voit à la mâchoire supérieure du côté gauche, une vaste perte de substance, beaucoup plus longue que large, occupant tout le bord alvéolaire, qui a complétement disparu, jusqu'à l'apophyse ptérygoïde; elle s'étend en dedans et en avant jusqu'à quelques millimètres de la partie médiane de la voûte palatine. En arrière, la perforation va en diminuant de largeur. La cavité nasale du côté gauche est visible dans toute son étendue. Le vomer, les cornets inférieur et moyen, la cavité du sinus maxillaire, sont à découvert. Un stylet introduit par cette large ouverture, dans la cavité nasale, peut y être porté dans tous les sens. Le doigt peut y être porté lui-même. On constate aisément ainsi la destruction complète du rebord alvéolaire. La partie externe de la cavité buccale est formée uniquement ici par les tissus de la joue. Le voile du palais est intact.

Du côté droit, le bord alvéolaire est en train de disparaître insensiblement comme il l'a fait du côté gauche. Il y a là un commencement de perforation qui, selon le malade, a commencé quinze jours avant son entrée à l'hôpital.

Le fond de la gorge, la muqueuse de la bouche, sont parfaitement sains.

En raison de ces altérations de la voûte palatine, la mastication est impossible. Le malade a soin de hacher ses aliments, et il les avale sans les mâcher. Le moindre mouvement de toux les fait passer par le nez. La parole est sourde, nasonnée au dernier point. Il faut écouter le malade attentivement pour le comprendre.

Les fonctions digestives se font très-bien.

Les fonctions de l'appareil pulmonaire sont bien remplies.

La verge présente seulement la trace du chancre que le malade a contracté il y a 22 ans.

Il faut noter des particularités très-remarquables du côté du système nerveux, de l'appareil locomoteur et du sens de la vision.

Le malade est faible. Il se plaint d'éprouver dans les membres inférieurs, depuis plusieurs mois, des douleurs subites, fulgurantes, rapides et groupés par paroxysmes, qui reviennent d'une façon irrégulière de temps en temps, tous les quinze jours ou tous les mois par exemple, et qui sont assez vives pour l'empêcher de dormir et lui arracher des cris. Elles se font sentir surtout quand le malade est au repos, et particulièrement la nuit.

La sensibilité de la face est à peu près normale. Un peu d'analgésie peut-être. La sensibilité de la muqueuse buccale a disparu dans un très-grand nombre de points.

OEil droit.

La paupière supérieure est complétement abaissée, et depuis un an, elle ne peut être relevée. Le releveur de la paupière est paralysé; le releveur de la pupille l'est aussi; quand on relève la paupière et qu'on fait suivre un objet des yeux par le malade, on constate de la diplopie quand cet objet est porté en haut.

Diplopie de même quand l'objet est placé à gauche, et paralysie du droit interne. La diplopie est très-sensible quand l'objet est placé très-peu à gauche, presque sur la ligne médiane; quand on l'éloigne davantage, la seconde image devient très-confuse, et la diplopie semble disparue.

Un peu de diplopie en bas. Paralysie du droit inférieur, sensible surtout quand la paupière inférieure est écartée.

Pas de diplopie en dehors.

En résumé, paralysie de la troisième paire. Les pupilles n'offrent pas d'inégalité marquée.

Le malade peut lire de l'œil droit (avec ses lunettes de presbyte) quand on relève la paupière.

OEil gauche.

Il présente une chute de la paupière supérieure incomplète. Le malade est obligé de relever toujours la tête pour mieux voir, à raison de cette chute de la paupière. L'œil est parfaitement mobile dans tous les sens.

La marche, la station debout et assis sont normales, à part un peu de faiblesse qui se fait sentir dans la marche.

Quand les yeux sont fermés *tous deux*, la marche est un peu va-

cillante. On ne peut pas dire pourtant que les pieds frappent le sol d'une façon notable. Le sol est bien senti d'ailleurs; la plante des pieds n'a rien perdu de sa sensibilité. Quand *l'œil gauche est fermé*, que l'œil droit est seul ouvert (autant que la paupière qui tombe le permet) la marche est singulièrement modifiée. Le malade se sent porté à tomber sur le côté droit ou à tourner de ce côté (je l'ai constaté hier pour la première fois).

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire : Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 29 AVRIL 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— L'*Union médicale de la Provence*, le *Bulletin de l'Association médicale du Loir-et-Cher*.

— *Méditations de philosophie médicale et de clinique sur quelques maladies de poitrine*, par le docteur Lhuillier; br. in-8°.

— *Du Service médical des pauvres*, par le docteur Gyoux; 1868; in-8°.

— *Études statistiques sur les résultats de la chirurgie conservatrice comparés à ceux des résections et des amputations*, par le docteur E. Spillmann, médecin-major. In-8° extrait des Archives générales de médecine.

RAPPORT.

M. Dolbeau fait un rapport verbal sur une observation de *fracture comminutive de la rotule avec plaie intra-articulaire, suivie de guérison*, adressée à la Société de chirurgie par M. Baizeau, médecin de l'hôpital militaire du Dey, à Alger.

Depuis longtemps, dit M. Dolbeau, la question du traitement de

l'arthrite purulente traumatique est pendante devant la Société de chirurgie. Pour remédier à cette grave complication des plaies des articulations, on a proposé divers procédés : les incisions, la résection des surfaces articulaires, le drainage, etc.

M. Baizeau envoie à la Société une observation favorable à ce dernier mode de traitement.

Au début, ce chirurgien eut recours aux débridements, aux injections alcoolisées, et finalement au drainage, qui paraît devoir, dans ce cas, avoir tous les honneurs de la guérison.

M. Dolbeau propose : 1° de publier, dans les *Bulletins*, l'observation de M. Baizeau; 2° d'adresser à ce chirurgien une lettre de remercîments.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. Larrey. Avant d'en venir à l'emploi du drainage, M. Baizeau avait eu recours à toutes les ressources de la chirurgie conservatrice, aux incisions, aux contre-ouvertures, etc.

M. Dolbeau. Non-seulement les tubes à drainage ont permis au pus de s'écouler facilement, mais de plus, à leur aide, on a pu avoir recours avec efficacité aux injections et aux lavages répétés.

Fracture comminutive de la rotule avec plaie intra-articulaire. — Guérison.

Par M. Baizeau.

L..., Joseph, zouave au 2e régiment, âgé de 23 ans, d'une constitution robuste, était ivre lorsque, dans la soirée du 15 mai 1862, il tomba du fort Mers-el-Kebir, élevé environ de 18 mètres, sur des rochers. Il ne peut donner aucun détail sur son accident. Il se réveilla à deux heures du matin, voulut se relever, mais en s'appuyant sur la jambe droite, il éprouva une douleur excessive et s'affaissa sur lui-même. Ses cris ayant été entendus par un factionnaire, on vint à son secours et il fut porté à sa caserne et de là dirigé sur l'hôpital militaire d'Oran, distant de 7 kilomètres du port de Mers-el-Kebir.

A son arrivée, il est tout endolori et présente plusieurs contusions légères sur divers points, mais il se plaint surtout d'une vive douleur au genou droit qui est énormément gonflé. En avant est une petite plaie à bords contus et ecchymosés de la largeur d'une pièce de 20 centimes, pénétrant jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. La cavité articulaire, fortement distendue, est pleine de liquide, de sang mêlé de sérosité. En pressant sur la rotule, on constate que cet os est facturé transversalement; mais le gonflement est tel qu'on ne sent

pas bien les fragments. Cet accident n'a eu jusqu'ici qu'un faible retentissement sur l'état général, le pouls est à 80 pulsations, l'ivresse est entièrement dissipée.

On place et on immobilise le membre blessé dans une gouttière formant un plan incliné du talon vers la cuisse. 25 sangsues sont appliquées sur le genou et remplacées par des cataplasmes laudanisés. La plaie est protégée par un linge troué couvert d'une couche épaisse de cérat.

La nuit est mauvaise et agitée, et le lendemain le malade n'accuse aucun soulagement. Le genou a une teinte bleuâtre qui s'étend vers la cuisse. Le gonflement est le même et la sensibilité est tout aussi grande. Le pouls s'est élevé à 92 pulsations, la peau est chaude, la soif vive, la fatigue générale plus marquée que la veille. Une nouvelle application de 20 sangsues est prescrite; même pansement, diète.

Le 17, légère détente, le genou est moins douloureux, quoique toujours très-volumineux; fièvre moindre, langue saturale, inappétence, constipation qui nécessite la prise de 45 grammes d'huile de ricin.

Le 19, le gonflement a diminué suffisamment pour qu'on puisse examiner la fracture. L'écartement entre les fragments est de trois travers de doigt. Le supérieur attiré en haut est unique et représente le tiers de la rotule, l'inférieur est divisé en plusieurs morceaux inégaux maintenus en contact par le périoste. La sensibilité du genou et la distension de la synoviale sont trop grandes pour qu'on essaie de les rapprocher. On continue les cataplasmes arrosés d'eau blanche.

L'amélioration est progressive. Il n'y a plus de mouvement fébrile, les nuits sont bonnes, la souffrance nulle, l'appétit reparaît et quelques aliments sont pris avec plaisir. Le genou est moins tendu et moins gros, toutefois il renferme toujours du liquide. Tout allait pour le mieux lorsque, dans la nuit du 21, la plaie donne issue à une assez grande quantité de sang provenant de l'articulation et qui imbibe les pièces de pansement. Le lendemain, je trouve le genou notablement diminué de volume; cependant, par des pressions exercées sur ses parties latérales, je fais encore sortir plusieurs cuillerées de liquide sanguinolent, et avec un stylet introduit dans la plaie, je pénètre entre les surfaces articulaires.

Il était bien difficile d'éviter la suppuration; je cherche pourtant à mettre l'intérieur de l'articulation à l'abri du contact de l'air en enveloppant la partie antérieure du genou d'une cuirasse de diachylon recouverte de linge cératé et en y ajoutant une légère compression. Le pansement est bien supporté et les liquides de la synoviale s'écoulent facilement au dehors; mais le troisième jour je m'aperçois de la pré-

sence du pus, et dès lors je comprends la nécessité de livrer passage à la sécrétion articulaire. J'élargis la plaie du genou et je pratique de chaque côté, au point le plus décliné de l'interligne articulaire, une incision par laquelle je fais passer un tube à drainage qui vient sortir par la plaie rotulienne. J'ai ainsi deux drains qui traversent l'articulation d'avant en arrière, par lesquels le pus sort avec facilité et qui permettent de laver la cavité articulaire trois et quatre fois par jour avec une décoction de quinquina. L'organisme ne paraît pas souffrir de cette grave lésion, le malade se nourrit bien, il mange deux portions, boit du vin de Bordeaux et de quinquina.

Dans les premiers jours de juin, j'extrais deux esquilles détachées du fragment inférieur de la rotule et je reconnais en même temps que les surfaces articulaires du tibia et du fémur sont dépouillées de leur cartilage.

Vers le 10, il survient quelques frissons suivis d'accès de fièvre assez violents qui se renouvellent pendant trois jours et font craindre une infection purulente. Ils cèdent au sulfate de quinine, et le 16 je découvre à la fesse gauche un abcès volumineux qui s'est formé à l'insu du malade et qui se rattache évidemment à ce mouvement fébrile. Je l'incise et il s'en écoule un pus épais et phlegmoneux. Sous la même influence la suppuration du genou a augmenté et est devenue sanieuse et plus odorante. Des injections sont faites dans ces deux foyers purulents, celui de la fesse marche assez vite vers la cicatrisation; le changement est moins rapide du côté du genou.

Le 19, une nouvelle esquille est enlevée à la partie inférieure de la plaie. Le pus va en diminuant, et au milieu du mois de juillet des bourgeons charnus couvrent les surfaces articulaires fémoro-tibiales. La plaie prérotulienne se retient, la peau se déprime entre les fragments. Les drains sont retirés le 15 juillet; on continue néanmoins les injections par les orifices restés libres.

Au bout de sept à huit jours, du gonflement se manifeste sous le tendon rotulien, et bientôt il se forme une collection purulente au-dessus du genou, à la partie interne de la cuisse. Malgré l'ouverture de cet abcès, l'enflammation et la tuméfaction augmentent et gagnent la région externe du membre où apparaît un nouveau foyer purulent qui est immédiatement ouvert. Un drain passant sous la couche musculaire établit une communication entre ces deux incisions. De là le pus s'infiltre sous le creux poplité et exige une troisième incision. En sondant les différentes plaies, je découvre que tout ce travail inflammatoire est dû à la nécrose du fragment supérieur de la rotule. J'en fais l'extraction, et à partir de ce moment, la fièvre et les autres

troubles généraux qui avaient reparu se dissipent, la suppuration diminue rapidement. Le tube de caoutchouc est enlevé le 23 août, et dans la première quinzaine de septembre la cicatrisation de toutes les plaies est complète. Le genou, doublé de tissus indurés après être resté longtemps volumineux, reprend peu à peu une forme plus régulière.

L... ne quitte l'hôpital qu'au mois de décembre; alors il marche facilement avec un bâton et fait des promenades prolongées sans fatigue. Sa jambe est dans l'extension, l'articulation du genou est presque ankylosée, la mobilité en est très-bornée. La région rotulienne est aplatie et plus large que dans l'état normal, déprimée transversalement au niveau de la rotule; un peu au-dessus est une cicatrice solide adhérente longue de 5 centimètres; de chaque côté du tendon rotulien se voient deux autres cicatrices enfoncées correspondant aux ouvertures des drains. A la place du fragment supérieur de la rotule qui a été extrait on sent distinctement un os de nouvelle formation, triangulaire, à bords arrondis et à sommet supérieur mousse et dont le volume est à peu près celui du fragment enlevé. La partie inférieure de la rotule est élargie et a acquis un volume exagéré.

J'ai revu ce militaire un an après sa sortie de mon service. Le membre blessé avait repris toute sa force et son embonpoint; la marche était seulement gênée par l'ankylose du genou.

En résumant cette observation, on voit que la fracture a été produite par un choc direct de la rotule sur un corps aigu, une pointe de rocher probablement qui a dilacéré la peau et contondu les tissus sous-cutanés sans pénétrer toutefois dans l'articulation. Ce n'est que quelques jours plus tard, par le fait de l'élimination ou du ramollissement des parties contuses, que la synoviale a été ouverte. Dès lors, L... a été exposé à tous les dangers des plaies pénétrantes des grandes articulations; cependant, à part les premiers moments de souffrance, les quelques jours de fièvre qui ont précédé la formation de l'abcès de la fesse et la période inflammatoire déterminée par la nécrose du fragment supérieur de la rotule, il n'a éprouvé aucun accident sérieux. Malgré une suppuration abondante et de longue durée, ses forces se sont maintenues et sa guérison a été menée à bonne fin.

Voilà donc un fait qui plaide en faveur de la chirurgie conservatrice. Mais il ne faut pas se faire illusion; de telles lésions sont longues à guérir, et ce n'est le plus ordinairement qu'après avoir traversé bien des orages et bien des périls que le malade obtient une

cure radicale. Pour arriver à ce résultat, l'indication à remplir avant tout est de faciliter le cours du pus au dehors, de multiplier les injections, de débarrasser la synoviale des liquides irritants qui, en l'altérant, menacent d'infecter l'organisme. En pareille occasion, il est incontestable que le drainage a des avantages réels, non-seulement on n'a plus besoin de larges débridements, mais les liquides trouvent une issue plus facile par des tubes toujours béants qui traversent les articulations que par des plaies dont les bords se rapprochent et qui tendent peu à peu à se fermer.

Quant aux injections, on peut les varier : j'emploie indifféremment au début les solutions chlorurées ou phéniquées ou la décoction de quinquina. Plus tard je les remplace par les injections iodées ou par la teinture d'aloès. Les premières sont désinfectantes, les secondes modifient les surfaces malades. Chez un soldat piémontais qui avait eu à la bataille de Palestro la rotule brisée par une balle qui s'était fait jour dans l'articulation, M. le docteur Earghi plongea et abandonna dans la cavité articulaire un crayon de nitrate d'argent fondu. J'ai été étonné du peu de réaction locale produite par cette cautérisation énergique et renouvelée plusieurs jours de suite. Obligé de partir pour Novarre, je ne sais ce qu'est devenu ce blessé. Le but du chirurgien de Vercelli était-il de détruire la synoviale, espérait-il être plus à l'abri de l'infection putride ou purulente? Ce qui est positif, c'est que les surfaces suppurantes étaient tout aussi étendues et la suppuration non moins abondante; mais enfin n'y avait-il pas à craindre que le caustique n'étendît trop loin son action et ne facilitât le passage du pus dans le creux poplité.

J'ai observé d'autres blessures pénétrantes du genou qui ont eu une terminaison également favorable. Je n'ai malheureusement pas recueilli ces faits. Mais j'ai encore présent à la mémoire un soldat auquel j'ai donné des soins en Italie. Il avait eu le genou ouvert par une balle qui avait glissé sous la rotule. Les accidents inflammatoires furent intenses, la suppuration abondante. Vers la sixième semaine, elle se tarit et les plaies se cicatrisèrent, laissant une roideur assez grande dans le genou.

Il y a quelques jours, un officier de zouaves s'est présenté à l'hôpital militaire d'Alger pour être réformé. Il portait au genou gauche une double cicatrice, l'une en bas et en dehors de la rotule, l'autre en dedans et plus élevée, résultant toutes deux d'une blessure par arme à feu, reçue pendant la campagne de 1859. La balle avait dû nécessairement ouvrir l'articulation, et cet officier nous a confirmé dans cette opinion. Il a été longtemps dans les hôpitaux d'Itche et n'a

obtenu sa guérison qu'à la suite de souffrances prolongées. Le genou n'offre aujourd'hui ni déformation ni gonflement, et ne se fléchit que très-légèrement. La marche est facile, néanmoins les longues courses sont fatigantes, et cet officier a dû renoncer à la carrière militaire.

On pourrait certainement multiplier ces exemples de guérison, mais il restera encore à établir dans quel rapport ils sont avec les insuccès.

COMMUNICATION.

Lipôme de la main, simulant un kyste synovial.

M. Trélat. Comme les erreurs sont au moins aussi profitables que les succès pour celui qui les commet, je n'ai pas voulu rester seul à en tirer bénéfice, et je vous prie d'accepter la courte communication que voici.

Il y a quinze jours, je reçus chez moi un malade âgé de 58 ans, et bien portant du reste, qui me montra la paume de sa main gauche occupée par une tumeur : celle-ci s'était développée lentement, sans grande douleur, causant seulement, de temps à autre, de la gêne et un peu d'engourdissement dans les mouvements. La peau, normale dans sa couleur et sa consistance, était soulevée en bosselures arrondies, saillantes dans les éminences thénar et hypothenar, et surtout au niveau de cette dernière. La tumeur était absolument limitée à la paume de la main; la partie inférieure de l'avant-bras n'offrait aucune trace de gonflement.

Quand on pressait l'un des deux lobes de la grosseur, on faisait refluer son contenu vers l'autre lobe. La fluctuation se produisait avec une incontestable netteté. Le liquide semblait se déplacer avec la plus grande facilité, et quoiqu'on ne sentît pas de grains hordéiformes, on obtenait néanmoins une sorte de frôlement rugueux et prolongé en poussant alternativement la masse vers l'un ou l'autre de ses côtés.

En tenant compte de cet ensemble de signes et surtout de l'évidence de la fluctuation, je diagnostiquai un kyste synovial de la paume de la main, et je pris jour avec le malade pour lui pratiquer une ponction suivie d'injection iodée.

Lundi dernier, j'enfonçai un trocart dans la tumeur, au niveau de la saillie interne (hypothénar), qui était la plus considérable, et, à ma grande surprise, rien ne sortit par la canule. Je la fis manœuvrer avec facilité dans l'intérieur de la prétendue cavité; j'introduisis un stylet dans son calibre. Rien n'y fit; je n'obtins pas une goutte de liquide. J'avais une telle foi dans un diagnostic auquel j'avais donné toute mon attention, que je ne fus pas convaincu. Je supposai que le

liquide était trop épais, ou bieu que l'enveloppe kystique formait opercule à l'orifice de la canule.

Je me procurai donc un trocart plus volumineux et bien effilé, et le matin même, je renouvelai la ponction. Cette nouvelle tentative eut exactement le même résultat que la première. Évidemment, je m'étais trompé, ou mieux, j'avais été trompé par une symptomatologie insidieuse. Je retirai brusquement le trocart, et je réunis les deux orifices de ponction par une incision de 3 centimètres parallèle à l'axe de la main. Aussitôt une masse graisseuse fit hernie à travers les lèvres de la plaie, et des tractions légères me permirent d'extraire, par cette ouverture peu considérable, la tumeur que je mets sous les yeux de mes collègues.

C'est un lipôme bilobé, limité de tous côtés par une enveloppe celluleuse qui a facilité son énucléation. La graisse qui le constitue est fine, délicate et peu résistante. Cette masse graisseuse reposait sur les tendons fléchisseurs et était déprimée à son centre par l'aponévrose palmaire. La pression de l'aponévrose et la finesse de la graisse me semblent expliquer la fluctuation perçue dans la tumeur, et je crois que le frôlement rugueux était dû au déplacement de lobules profonds sur les tendons fléchisseurs.

Cette explication me paraît d'autant plus plausible, qu'au moment où j'extrayais la tumeur et où je faisais passer son lobe externe sous l'arcade aponévrotique et sur les tendons, j'éprouvai la même sensation de frottement saccadé.

Je maintiens, en tout cas, que cette sensation ne ressemblait que très-imparfaitement à celles que donnent le déplacement, la collision et le passage, à travers une étroite ouverture, des grains riziformes qu'on trouve dans les kystes synoviaux.

Aussi, à l'avenir, si j'avais à diagnostiquer une tumeur fluctuante occupant le même siége et que la crépitation hordéiforme ne fût pas nettement perçue, je garderais une prudente réserve. Si, de plus, la tumeur était rigoureusement bornée à la paume de la main, sans qu'il fût possible de la faire refluer sous le ligament annulaire du poignet, me souvenant de mon observation et de la malade que nous a présentée M. Boinet il y a deux ans, malade chez laquelle tous les membres présents diagnostiquèrent un kyste alors qu'il s'agissait d'un lipôme, je ne voudrais établir le diagnostic qu'après avoir fait une ponction exploratrice. C'est, en effet, le seul moyen de trancher le débat entre nos sens, qui disent : tumeur fluctuante, et par conséquent liquide; et la réalité, qui dit : tumeur graisseuse fluctuante, mais non liquide.

DISCUSSION.

M. Chassaignac. Il y a longtemps que des faits, consignés dans nos Bulletins, prouvent que, dans beaucoup de cas, on croit percevoir la sensation véritable de la fluctuation, alors cependant qu'il n'y a pas de liquide dans les points soumis à l'exploration. Il ne faut donc pas dire que la fluctuation est un signe pathognomonique de la présence d'un liquide.

Dans le cas de lipôme, c'est lorsque celui-ci siége dans une région où il est fortement bridé, que l'on perçoit la sensation de fluctuation.

On conçoit assez facilement que, dans certains lipômes, on puisse observer un certain bruissement. Il suffit que, dans le voisinage, quelques gaînes tendineuses soient légèrement enflammées.

Je saisis cette occasion pour dire que, dans les cas de kystes synoviaux, ce n'est pas le froissement des grains riziformes les uns contre les autres qui donne naissance au bruissement que l'on perçoit alors, mais bien le passage de ces grains à travers une ouverture étroite. J'ai pu m'assurer de ce fait en pratiquant une autopsie, dont j'ai autrefois donné la relation devant la Société.

Un individu avait un kyste synovial dans lequel on pratiqua une injection iodée; la guérison s'en suivit. L'année suivante, il mourut à l'Hôtel-Dieu à la suite d'une maladie du cœur. Je retrouvai, dans une des portions du kyste, des grains riziformes; ceux-ci ne passaient plus par une ouverture étroite, et la sensation spéciale de froissement n'avait plus lieu.

M. Tillaux. J'ai vu chez M. Gosselin, en 1859, un malade qui présentait de l'analogie avec celui de M. Trélat. Au niveau d'un des tendons fléchisseurs de la main, il existait une tumeur molle, fluctuante, non accompagnée de froissement. On pensa à un kyste, c'était un lipôme.

M. Boinet. L'opinion de M. Chassaignac est trop absolue. La même sensation que l'on constate dans le cas de kyste synovial, peut être perçue lorsqu'il existe un lipôme; on ne peut plus cependant invoquer le passage d'un corps étranger par une ouverture étroite. Il faut donc chercher une autre explication.

Dernièrement, j'ai opéré un lipôme situé sur le dos de la main. La crépitation m'avait fait croire à l'existence d'un kyste. La fluctuation me paraissait évidente. Je pratiquai une ponction sans résultat.

M. Chassaignac. Je ne dis pas qu'il ne peut y avoir de bruit semblable à celui dont il s'agit que dans les cas de grains riziformes,

mais j'explique le mécanisme d'après lequel il se produit lorsqu'il existe des grains riziformes.

Je crois que la sensation éprouvée par M. Boinet et moi, pendant l'exploration de quelques lipômes, doit être attribuée à ce que ces tumeurs sont extrêmement mobiles; en conséquence, la surface de ces tumeurs est facilement déplaçable sur les parties sous-jacentes; or, comme elles sont lobées, on comprend que ces déplacements donnent lieu à une crépitation, surtout s'ils ont lieu au niveau d'une série de tendons ou de petites brides fibreuses.

M. Després. Je partage l'avis de M. Trélat et de M. Chassaignac; mais je ferai remarquer que M. Morel-Lavallée a présenté de nombreux exemples de lipômes crépitants. Il a prétendu que la crépitation était due aux frottements des grains du lipôme les uns contre les autres.

Relativement au fait de M. Boinet, je dirai que les kystes synoviaux sont généralement très-tendus, et que la fluctuation y est beaucoup moins perceptible que dans les lipômes.

M. Larrey. Je ferai observer à M. Després que toutes ces observations ont été très-complétement consignées dans la thèse de concours de notre regretté collègue Michon.

COMMUNICATION.

M. Guéniot communique la note suivante :

Singulier phénomène de dentition, ou élimination spontanée des deux incisives moyennes supérieures chez un nouveau-né.

Le 10 avril dernier, un enfant de 9 jours, bien conformé, d'un développement ordinaire et du sexe masculin, fut apporté dans mon service, à l'hospice des Enfants-Assistés, avec les symptômes suivants:

La lèvre supérieure, tuméfiée, rouge et douloureuse dans ses deux tiers moyens, était le siége d'une inflammation phlegmoneuse qui avait manifestement pour point de départ une lésion de la gencive. Celle-ci, en effet, dans le point correspondant à la première incisive gauche, était en partie mortifiée, et des détritus gangréneux, noirâtres, intéressaient la muqueuse gingivale dans une étendue de 15 millimètres, à partir du filet labial. Le bulbe de l'incisive médiane, mis à nu par la chute de la dent, qui avait eu lieu dès la veille, faisait une saillie volumineuse dans cette plaie sanieuse et irrégulière. Il était plus gros qu'une lentille, d'un rouge-brun foncé, turgide, linguiforme et modérément sensible. Rien de semblable n'existait du côté

droit, et tout le reste du bord gingival soit supérieur, soit inferieur, se trouvait dans des conditions normales.

Quelle pouvait être la cause d'un phénomène aussi singulier? Était-ce la gangrène qui avait produit la dénudation de la dent, puis déterminé sa chute; ou bien, au contraire, n'était-ce pas un travail tout à fait anormal d'*élimination* de cette incisive, qui avait provoqué la mortification de la muqueuse? Malgré la pénurie des renseignements, il me semblait peu probable que l'enfant eût subi, dans la région malade, quelque traumatisme propre à expliquer l'existence de la gangrène. D'ailleurs, cette étiologie ne pouvait rendre compte de tous les symptômes constatés. Ainsi, la gangrène était trop superficielle pour avoir pu atteindre une dent qui se serait trouvée profondément cachée dans la gouttière alvéolaire; de plus, le bulbe dentaire faisait une telle saillie sur le bord de la gencive mortifiée, qu'il était évident qu'un travail d'élimination avait dû favoriser sa propulsion. Le petit malade, né à l'hôpital des Cliniques d'une mère qui mourut de péritonite le quatrième jour de ses couches, avait toute la surface du corps en pleine desquamation épidermique; ses glandes mammaires, un peu tuméfiées, fournissaient à la pression quelques gouttelettes de lait; l'ombilic n'était pas encore complétement cicatrisé, et les parties génitales étaient le siége d'un érythème qui s'étendait jusqu'au milieu des cuisses. Quoique paraissant avoir souffert dans sa nutrition, l'enfant n'était ni inquiet, ni difficile, et, à défaut de nourrice, il prenait volontiers le biberon. Dans ces conditions, il me parut que la chute de l'incisive était vraisemblablement la conséquence d'une inflammation du bulbe dentaire, et que la gangrène de la gencive était le résultat, plutôt que la cause, d'un tel phénomène.

Cette interprétation, toutefois, restait jusque là contestable; mais elle reçut bientôt une évidente confirmation.

En effet, dès le lendemain, 11 avril, je pus assister à l'évolution d'un même travail d'élimination portant sur la dent voisine, c'est-à-dire sur l'incisive moyenne droite supérieure. La gencive correspondante faisait une saillie anormale et formait une tumeur grosse comme un pois, qui repoussait à gauche le filet labial.

Le 12, cette tumeur avait un peu augmenté de volume, la gencive était rouge, enflammée et déjà percée en un point par l'angle interne du bord de la dent. Enfin, le 13 au matin, celle-ci tomba d'elle-même après avoir traversé la gencive, laissant à nu un bulbe volumineux, brunâtre, exactement semblable à celui de la première dent expulsée, et, comme lui, modérément sensible. Il était saillant sur la gencive et se trouvait, en quelque sorte, étranglé à sa racine par l'ouverture de

cette dernière. Il offrait ainsi une frappante analogie avec les premiers rudiments d'une plante, lorsque celle-ci vient de rompre les enveloppes de sa graine et qu'elle commence à s'épanouir au dehors. Le point précis de la petite plaie gingivale ne correspondait pas au milieu de l'épaisseur du bord alvéolaire, mais bien à l'angle antérieur de ce bord qui, chez le nouveau-né, est mince et comme tranchant. Dès le 14, c'est-à-dire vingt-quatre heures après la chute de la dent, le bulbe, si volumineux la veille, avait complétement disparu, et l'ouverture de la gencive ressemblait à une très-petite fente linéaire. Il ne s'était produit, cette fois, aucune mortification, à l'exception de celle du bulbe qui, sans doute, se détruisit ainsi par gangrène. Je ne découvris non plus, à aucun moment, des traces de suppuration.

Quant à la plaie gangréneuse résultant de l'élimination de la première dent ou incisive gauche, quoique compliquée et beaucoup plus étendue que la précédente, elle se comporta néanmoins avec une grande simplicité.

Trente-six heures après la chute de la dent, le bulbe avait disparu sans laisser de vestiges; des cataplasmes de fécule, appliqués sur la lèvre, enlevèrent promptement l'inflammation dont elle était le siége, et la plaie gingivale se détergea avec rapidité, mais seulement après que l'incisive droite fut tombée.

Bref, le 16 avril, la guérison me parut assez avancée pour que l'enfant pût être abandonné aux seuls soins d'une nourrice, et je signai son départ pour la campagne.

Les deux dents expulsées, ainsi qu'on peut le voir, sont rigoureusement configurées sur un même type. Elles sont symétriquement semblables, et elles ne diffèrent nullement des dents de nouveau-né encore cachées dans la profondeur de l'alvéole. Complétement dépourvues de racine, elles sont réduites à la couronne, qui est largement excavée. Elles représentent ainsi deux coques solides composées d'ivoire et revêtues, dans leur moitié libre, d'une mince couche d'émail (*chapeaux de dentine*).

J'ignore si des faits semblables au précédent se trouvent déjà consignés dans la science; la chose est assurément probable. Mais si l'on excepte les cinq cas publiés par M. le docteur Thore, dans la *Gazette médicale de Paris*, année 1859, qui s'en rapprochent sous beaucoup de rapports, les observations doivent en être d'une extrême rareté, car les auteurs spéciaux que j'ai consultés n'en renferment pas même d'analogues. Mon collègue de l'hôpital, M. Parrot, à qui j'ai fait voir le petit malade, ne connaît aucun cas de ce genre, et M. le docteur

Magitot, malgré ses études sur la matière, n'en connaît pas non plus qui lui soient comparables. Des cinq faits brièvement relatés par M. Thore, quatre consistent dans une élimination de dents incisives, chez des enfants âgés d'un mois ou de six semaines, qui tous ont succombé à des affections viscérales. L'autopsie permit de constater l'absence de tout bulbe dentaire dans les alvéoles malades. Chez le cinquième enfant, âgé seulement de 15 jours, deux incisives supérieures furent expulsées avec leur bulbe à la suite d'une sorte d'abcès alvéolaire qui, pendant très-longtemps, fournit une suppuration à travers la narine gauche. On voit que, dans les quatre premiers cas, une maladie viscérale compliquée d'affection buccale, et, dans le cinquième, une lésion locale grave, peuvent expliquer assez bien l'inflammation du bulbe, la chute de la dent et les désordres plusieurs fois constatés de l'os maxillaire.

Chez mon petit malade, il n'en est plus ainsi. La lésion était isolée, indépendante de toute affection viscérale et, une fois les deux dents éliminées, les plaies ont marché rapidement vers la cicatrisation. L'évolution complète du travail d'expulsion, bien constatée pour la seconde dent, ne permet guère de douter qu'il s'agisse là d'une véritable élimination des deux incisives moyennes supérieures, élimination spontanée ayant la plus grande ressemblance avec celle d'un corps étranger accidentellement introduit dans les tissus. Le gonflement et l'inflammation du bulbe paraissent avoir été les agents immédiats de cette expulsion. Quant à la cause de l'inflammation du bulbe, je suis porté à penser qu'elle résulte d'une hétérotopie, ou situation anormale du germe en debors de la gouttière alvéolaire. En effet, le bulbe dentaire, coiffé de son chapeau de dentine, n'a point fait éruption sur l'épaisseur du bord gingival, mais bien sur l'angle antérieur de ce bord; de plus, la petite tumeur formée par la propulsion de la dent, avant le percement de la gencive, se remarquait sur la face antérieure ou labiale de la muqueuse alvéolaire, et non sur la muqueuse gingivale proprement dite. Superficiellement placé au-dessous de la muqueuse antimaxillaire et en dehors de la gouttière alvéolaire, le bulbe de chacune des incisives aurait donc, d'après cette hypothèse, subi une forte hyperhémie ou même une réelle inflammation pendant la période où s'effectuent, chez le nouveau-né, la mue épidermique et la fluxion lactigène des mamelles.

DISCUSSION.

M. Blot. Il ne faut pas intituler cette note : *Travail singulier de dentition*; il faut dire tout simplement : *Périostite alvéolo-dentaire.*

De la lecture de M. Guéniot, il résulte pour moi que, dans ce cas, il y a eu un travail pathologique. Il ne s'agit nullement là d'un fait physiologique sortant seulement un peu de la voie ordinaire.

Sur 20,000 enfants nouveau-nés, je n'ai jamais vu de dents. On m'en a montré souvent, mais, je le répète, je n'en ai jamais vu. Sans nier d'une façon absolue ces cas d'éruption précoce des dents, je les crois excessivement rares, et je pense qu'il faut mettre des points d'interrogation devant les faits assez nombreux cités tout à l'heure par M. Guéniot.

Dans son observation, M. Guéniot eût dû nous parler de l'état général de l'enfant.

M. Guéniot. Je ne tiens pas au titre de mon observation; mais je n'en avais pas trouvé de meilleur.

Relativement aux faits d'éruption prématurée des dents chez les nouveau-nés, je ne suis pas plus fixé que M. Blot sur leur réalité. Je suis cependant tenté d'y ajouter foi. Dans les bulletins de la Société de biologie, on trouve une observation d'un enfant de trois semaines ayant *deux dents* bien marquées; or, il ne me répugne pas de croire que ces dents étaient visibles au moment de la naissance.

M. Blot n'a jamais vu un fait de ce genre, sur 20,000 enfants environ soumis à son observation; mais cela ne prouve pas grand chose, car ces faits sont tellement exceptionnels, que leur rareté peut être comparée à celle des grossesses de cinq enfants.

L'état général de l'enfant a été constamment bon, quoiqu'il ait souffert d'un défaut d'alimentation pendant quelques jours; sa mère étant morte à la Clinique d'une péritonite, l'allaitement a été suspendu pendant quatre à cinq jours.

Ce fait diffère de ceux rapportés par M. Thore, en ce que, sur cinq enfants, quatre avaient succombé par suite de lésions viscérales préexistantes et même d'une lésion locale; ici, rien de semblable n'a eu lieu; la gencive se rompt, la dent pousse, meurt, tombe; la gencive se referme, et l'enfant continue à se bien porter.

M. Blot. Il me semble que vous avez dit qu'il y avait eu de la tuméfaction et de la rougeur au niveau de la dent.

M. Guéniot. Sur la face labiale de la gencive, on a observé une petite tumeur, puis, le lendemain, de la rougeur et de la tuméfaction.

M. Forget. Dans le fait de M. Guéniot, il faut voir un arrêt de développement ayant donné lieu à une lésion morbide simple et non un phénomène physiologique. Il ne s'agit pas là d'un cas de dentition prématurée.

Je considère cette lésion comme le premier degré d'une lésion que j'ai décrite dans mon mémoire sur les anomalies dentaires, et dans laquelle l'os incisif est détaché en totalité des deux maxillaires avec deux étages de dents.

M. Chassaignac. Si l'on veut établir le véritable caractère de ces expulsions osseuses prématurées, avant tout il faut voir si, pour expliquer ces faits, on ne trouve pas autre chose qu'un phénomène de dentition physiologique.

Dans le fait de M. Forget, il y a eu de la périostite; dans celui de M. Guéniot, de la gangrène de la gencive. C'est là le point de départ : dans les deux cas, il y a eu maladie première. Ces Messieurs ne peuvent pas établir que c'est dans le germe qu'a eu lieu l'impulsion première du phénomène pathologique.

M. Forget. Je ne suis pas éloigné de voir là un fait d'ensemble; lorsque, dans un os incisif, on voit se développer hâtivement des bulbes dentaires, on peut penser que ce développement prématuré est le point de départ du fait secondaire, l'ébranlement de l'os.

M. Guéniot. Le fait de M. Forget est bien évidemment anormal. M. Chassaignac se demande si c'est le bulbe qui primitivement a été atteint, ou bien, au contraire, si c'est la gangrène de la gencive qui a provoqué la chute de la dent, l'expulsion du bulbe.

J'élimine cette dernière interprétation, parce que la gangrène était trop superficielle pour avoir gagné l'intérieur de l'alvéole, et, de plus, parce que le bulbe était saillant dès le début, ce qui tenait probablement à un travail qui se passait profondément derrière lui.

Le lendemain de la chute de la première dent, j'ai assisté à l'expulsion de la dent voisine. Il n'existait pas de gangrène de la gencive à son niveau, mais peut-être l'inflammation, partant de la gencive voisine, s'était-elle propagée.

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES.

Corps étrangers de l'oreille.

M. Lefort. Je mets sous vos yeux un corps étranger que j'ai retiré avec beaucoup de peine de l'oreille d'un enfant de 4 ans.

Des tentatives d'extraction avaient été faites en ville par plusieurs médecins.

Les parents croyaient qu'il s'agissait d'un œil de poupée en émail. J'explorai l'oreille, et je constatai qu'avec les pinces de trousse, je ne pouvais approcher du corps étranger.

Après des tentatives très-courtes et infructueuses, je pris la résolution, me fondant sur le renseignement donné par les parents, de recourir au procédé suivant : j'introduisis un spéculum de l'oreille et me servis d'un foret, avec l'intention de faire éclater l'œil d'émail. Malgré mes efforts, l'instrument ne mordait pas sur le corps étranger, et je croyais toujours avoir affaire à un œil d'émail.

Je constatai alors que je pouvais introduire une petite curette sur l'un des côtés du corps étranger.

J'introduisis alors un morceau de *laminaria digitata* pour dilater le conduit auditif. J'eus soin d'employer une tige d'un calibre inférieur à celui du conduit de l'oreille; la dilatation arriva rapidement, et l'enfant eut quelques vomissements.

Je pus alors arriver plus facilement sur le corps étranger : je pouvais le saisir, mais il m'était encore impossible de l'extraire.

Je pensai alors que j'avais affaire à quelque objet présentant deux diamètres différents, que le diamètre le plus considérable ne se trouvait pas dans l'axe du conduit; avec deux stylets, j'ai fait tourner le corps, et je l'ai alors extrait facilement. C'était une petite tête de poupée en porcelaine.

M. Marjolin. J'ai précisément sur moi un corps étranger que j'ai extrait de l'oreille d'un jeune enfant ces jours derniers : il s'agit d'un morceau de strass coloré.

Quand les corps étrangers sont très-friables, rien de plus facile que d'en avoir raison; mais lorsqu'ils sont durs et lisses, on peut se trouver en présence de véritables difficultés. Les tentatives d'extraction avec les pinces ne donnent pas habituellement de résultat satisfaisant, et peuvent provoquer des désordres très-graves.

On peut essayer avec avantage de passer, derrière le corps étranger, une anse de fil métallique ou de corde à boyau; mais le moyen le plus efficace consiste à faire des injections à l'aide d'une forte seringue ou d'un irrigateur.

M. Guersant. Je rejette toujours l'emploi des instruments qui peuvent devenir la source de graves blessures. Je me contente des injections, mais des injections à courant très-fort.

M. Demarquay. La supposition de la présence d'un corps étranger dans l'oreille peut donner lieu à des manœuvres chirurgicales très-graves. J'ai donné dernièrement des soins à un monsieur qui, se trouvant dans une de nos grandes villes de province, crut s'être introduit dans l'oreille un corps étranger, le bout d'un porte-plume. On fit appeler plusieurs chirurgiens; des tentatives réitérées d'extraction furent pratiquées; le tympan fut perforé, et cependant il n'y avait

alors et il n'y avait jamais eu de corps étranger dans le conduit auditif externe.

M. Boinet. Je partage l'opinion de MM. Marjolin et Guersant sur l'efficacité des injections à fort courant.

M. Lefort. J'approuve l'emploi des injections et j'y ai volontiers recours. Dans le cas actuel, il s'agissait d'un corps étranger qui avait été enfoncé par suite de manœuvres exécutées, et autour duquel il était impossible de passer le stylet le plus fin. Dans ce cas, les injections n'auraient pu donner aucun résultat.

Calculs de la vessie.

M. Demarquay présente une série de calculs enlevés sur deux malades, offrant les particularités suivantes :

Le premier malade, âgé de 53 à 54 ans, souffrait de la pierre depuis dix ans. A l'examen, on constatait qu'il existait un volumineux calcul viscéral. La taille sus-pubienne fut pratiquée sans l'aide de la sonde à dard, qui aurait pu intéresser le péritoine. La pierre elle-même a servi de conducteur : son poids est de 172 grammes. Le malade n'a éprouvé aucun accident péritonéal; il est mort de suppression d'urine.

A l'autopsie, on a constaté une double néphrite purulente et une pyélo-néphrite.

Le second malade, 71 ans, a été opéré par la taille bilatérale, à cause du volume de la prostate et du nombre des calculs, qui étaient de 51 grammes. Un des calculs avait pour noyau une plume d'oie. Ce malade, qui était affecté de rétention d'urine avant l'opération, n'a point recouvré la faculté d'uriner d'une manière normale. Il urine par regorgement, ce qu'il ne faisait point avant, et cela toutes les heures.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire : Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 6 MAI 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :
Une lettre de madame Laborie conçue en ces termes :

« A M. le Président de la Société impériale de chirurgie.

« Monsieur le Président,

« J'ai recours à votre bienveillante intervention pour prier la Société impériale de chirurgie de vouloir bien instituer un prix qui portera le nom de mon mari (prix Édouard Laborie).

« J'affecte à cette fondation une rente annuelle de 1,200 francs, et il me serait agréable qu'il n'y eût point d'exclusion parmi les concurrents.

« Je joins ci-incluse la somme destinée au prix de la première année. Les formalités d'usage seront remplies en temps voulu pour perpétuer un souvenir qui m'est si cher.

« Veuillez, monsieur le Président, agréer l'assurance de ma parfaite considération.

« M. Laborie. »

L'original de la lettre de madame Laborie sera déposé dans les archives de la Société.

M. le Président remet à M. le trésorier le mandat de 1,200 francs envoyé par madame Laborie.

La correspondance comprend en outre :

Les journaux de la semaine : Le *Bulletin de thérapeutique.* — Les *Archives générales de médecine.* — La *Gazette medicale de Strasbourg.* — Le *Journal de médecine de l'Ouest.* — Le *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille.* — *Traitement de l'angine diphthérique*, par M. Antonio Barborèc; Lisbonne, in-8°, 1868.

M. le Président annonce que M. le docteur Azam, de Bordeaux, et M. le docteur Notta, de Lisieux, membres correspondants, assistent à la séance.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

Sur les Dentitions prématurées.

M. Giraldès. Quelques membres de la Société semblent considérer comme très-extraordinaires les faits de dentition précoce. Je ne veux

pas rappeler les faits historiques, mais les faits modernes sont assez nombreux. Billard avait observé plusieurs fois cette disposition; j'ai pu, moi-même, faire souvent cette observation à l'hôpital des Enfants assistés et à la consultation de l'hôpital des Enfants malades.

M. Guéniot aurait pu trouver, dans le bulletin de la Société de biologie, une note de moi, dans laquelle sont rapportés beaucoup de ces faits.

M. Guéniot. L'objet de ma communication ne portait pas sur le fait de la dentition prématurée, mais sur l'élimination très-rapide, en 24 heures, des dents.

M. Guéniot a reçu de M. Ernest Besnier, médecin des hôpitaux, une lettre dans laquelle celui-ci dit avoir observé, il y a peu de temps, un enfant venu au monde avec deux dents incisives très-complétement développées. Les matrones, lorsqu'elles observent des faits semblables, dit M. Besnier, ont l'habitude de pratiquer l'extraction des dents le lendemain de la naissance. Dans le cas observé par M. Besnier, les personnes qui entouraient l'enfant lui firent presque un reproche de n'avoir pas suivi cette pratique.

Extraction des corps étrangers de l'oreille.

M. Giraldès. L'usage des douches, dans le cas de corps étrangers de l'oreille, est admis par la généralité des chirurgiens, et il n'est pas justifiable d'aller chercher ces corps avec des instruments et surtout avec les pinces, qui causent tant de désordres.

M. Lefort. Les douches ne donnent pas des résultats aussi merveilleux que M. Giraldès veut bien le dire. Je n'ai agi comme je l'ai fait que parce qu'il était impossible de procéder autrement. On m'a ramené l'enfant à l'hôpital, il va bien.

M. Blot. Le moyen sur lequel M. Giraldès insiste n'est pas aussi inoffensif qu'il le croit. J'ai vu Ménière enlever ainsi un bouchon cérumineux. La douche très-forte que l'on employa, amena une suppuration de l'oreille; la surdité devint d'abord plus considérable et plus tard incurable. Je ne puis dire si le tympan fut détruit par la douche, mais en tout cas il le fut par la suppuration.

Je conclus qu'il ne faut pas manier les douches sans une certaine précaution.

M. Chassaignac. On ne doit renoncer aux douches qu'après les avoir essayées très-sérieusement. Je ne crois pas que l'accident signalé par M. Blot puisse être attribué à la douche, à moins que le tympan ne fût préalablement malade et friable.

M. Giraldès. Dans les cas d'accumulation de cérumen, il y a dilatation du conduit auditif, le tympan est dépouillé de son épithélium et un peu ramolli. Si l'on pratique alors une injection, on se trouve dans des conditions bien différentes de celles qui se présentent lorsqu'un corps étranger est introduit dans l'oreille complétement saine.

J'ajouterai que l'usage des instruments métalliques peut donner lieu à des erreurs. On peut prendre pour un corps étranger une portion d'os dénudé.

M. Blot. Je n'ai pas voulu être aussi affirmatif que paraissent le croire mes collègues. Je n'ai pas dit que c'était la douche qui avait perforé le tympan.

M. Guersant. Dans les cas très-nombreux où j'ai employé les irrigations, je n'attachais pas beaucoup d'importance à employer une force très-grande; mais je tenais à répéter les séances d'irrigation.

LECTURE.

M. Notta, de Lisieux, membre correspondant, lit un travail intitulé :

Réflexions sur deux cas de mort à la suite d'injections de liqueur de Villate

Deux cas de mort à la suite d'injection de liqueur de Villate, par M. Heine (*Extraits de Wirchow archiv.*, 18 novembre 1867), ont été publiés dans la *Gazette hebdomadaire*, numéro du 14 février dernier. Ces deux cas, d'après M. Heine, ajoutés à celui que M. Legouest a signalé à la Société de chirurgie en 1866, portent à trois le nombre des morts attribuées à l'usage de ce médicament. Ces faits seraient de nature à jeter une certaine défaveur sur cette médication, s'ils étaient accompagnés de détails précis, indiquant qu'aucune des règles que j'ai posées pour l'emploi de ces injections n'a été omise. Fort heureusement il n'en est rien, et, ainsi que j'espère le démontrer, les observations publiées dans la *Gazette hebdomadaire* ne prouvent pas que la liqueur de Villate soit responsable de ces funestes résultats.

De ces trois faits, j'en écarterai deux qui, en définitive, n'en sont qu'un seul, car celui de M. Legouest, qui n'avait pas été observé par cet éminent chirurgien, n'est autre que celui de M. Hergott, dont il avait eu connaissance indirectement lorsqu'il le signala à la Société de chirurgie.

Dans ce fait de M. Hergott, observé en 1863, et cité dans le travail de M. Heine, il s'agissait d'un petit garçon de 10 ans, atteint de fistules dans la région trochantérienne. On fit une injection d'une très-petite quantité de liqueur de Villate. Douleur très-vive. Un vomissement, refroidissement, et mort le soir même de l'injection.

L'analyse du sang et du foie et l'autopsie ne donnèrent que des résultats négatifs. Est-ce à cause de ces résultats négatifs que l'on attribue la mort du malade à la liqueur de Villate? Qu'entend-on, d'ailleurs, par les résultats négatifs de l'autopsie? Mais si je posais toutes les questions que suggère un fait présenté de cette façon, que prouverais-je, sinon que cette observation manque de tous les éléments nécessaires pour avoir quelque valeur, à moins que le *post hoc, propter hoc* ne devienne une preuve scientifique. Aussi ne m'y arrêterai-je pas plus longtemps et aborderai-je immédiatement le seul fait important, qui est celui observé par M. Heine.

Dans cette observation (1), « il s'agissait d'une jeune fille de 12 ans, chez laquelle, à la suite d'une résection des os du tarse, existaient des trajets fistuleux fongueux qui n'avaient aucune tendance à la guérison. On pratiqua une injection de liqueur de Villate, la moitié d'une petite seringue à injection environ fut injectée *sous une pression assez forte*. La malade accusa aussitôt une vive douleur, et, *pendant l'injection, une assez grande quantité de sang s'écoula de la plaie*. Quelques minutes plus tard, la malade était d'une pâleur cadavérique, plombée : un frisson violent avec claquement de dents, le refroidissement des extrémités s'étaient brusquement établis; le pouls était petit, accéléré; la plaie avait une teinte brunâtre; la température qui, le matin, était de 38 degrés, s'abaissa peu à peu, vers le soir, jusqu'à 34°,2. Le pouls s'affaiblit, et le soir, il était à 140 pulsations. Le frisson, qui dura plusieurs heures, fut suivi, dans la nuit, d'une période de chaleur, puis de sueurs; peu à peu la malade devint somnolente, elle eut une évacuation diarrhéique, elle s'affaiblit de plus en plus et mourut à minuit, le jour même de l'injection.

« A l'autopsie nous noterons, parmi les particularités, la couleur rouge cerise ou carminée du sang, l'œdème des poumons et l'hyperémie bronchique; enfin, dans une préparation du sang fluide contenu dans le ventricule droit, on trouva, au microscope, un cristal rhomboédrique de sulfate de cuivre. »

M. Heine n'hésite pas à rapporter la mort, dans ce cas, à une

(1) Je cite textuellement.

intoxication brusque par l'entrée de la liqueur de Villate dans les vaisseaux. Nous partageons son opinion. Il est évident qu'une veine a été ouverte, et que l'injection de liqueur de Villate pure a pénétré dans le torrent de la circulation; le cristal de sulfate de cuivre trouvé sur le champ du microscope dans une préparation de sang fluide contenu dans le ventricule droit, et les autres détails de l'observation, paraissent ne laisser aucun doute à cet égard. Mais je le demande, de bonne foi, peut-on attribuer, dans ce cas particulier, la mort de la malade à l'action toxique de la liqueur de Villate? Que l'on eût injecté dans la veine de la teinture d'iode ou une solution de nitrate d'argent, on eût obtenu le même résultat et personne n'en eût été surpris. Eh bien! la liqueur de Villate, comme l'iode, comme le nitrate d'argent, doit être injectée dans les trajets fistuleux et non dans les veines, et alors elle n'est pas toxique. Ce n'est donc pas elle qu'il faut rendre responsable de la mort de la malade, mais bien la manière dont on l'a employée. Et ici, qu'il me soit permis de dire à ce propos, malgré les nombreux *desiderata* que l'on trouve à chaque pas dans cette observation, que la plupart des règles que nous avons tracées pour l'emploi de ce médicament n'ont point été observées.

D'abord, on ne nous dit pas combien il y avait de temps que la résection des os du tarse avait été faite, lorsque l'injection fut pratiquée. Or, nous avons recommandé de n'employer la liqueur de Villate que dans les affections anciennes, et même plus la maladie est chronique, plus les résultats obtenus sont remarquables. Dans les affections d'origine récente, elle peut présenter des inconvénients, mais jamais elle n'a occasionné la mort.

Avait-on, ainsi que je l'ai conseillé, dilaté les trajets fistuleux pour prévenir la rétention de la liqueur de Villate? Avait-on essayé préalablement des injections de teinture d'iode ou de vin aromatique pour s'assurer de quelle manière elles se comportaient et pour se rendre compte de la quantité de liquide qui pouvait rester dans les clapiers? Enfin, a-t-on commencé par tâter la susceptibilité de la malade en faisant une injection de cette liqueur, étendue d'eau? Rien de tout cela n'a été fait, ou du moins on ne le mentionne pas dans l'observation.

Si j'insiste sur ces questions de détail, c'est plutôt pour montrer le peu de valeur de cette observation que pour expliquer la mort, qui l'est suffisamment par l'injection de la liqueur dans une veine.

Maintenant, M. Heine ne nous dit rien de la composition de la liqueur dont il s'est servi : cela a pourtant son importance. Cependant, par la lecture des réflexions qui suivent son observation, je

serais porté à croire que la liqueur qu'il a employée n'est point exactement celle que nous avons préconisée. Ainsi, il parle de *précipité brunâtre.* La liqueur de Villate, faite suivant la formule de Villate (1), donne un précipité blanc de sulfate de plomb, précipité blanc qui prend une teinte sale à cause de la coloration vert-foncée du liquide dans lequel il est en suspension, mais qui n'est aucunement brunâtre, comme le dit M. Heine.

M. Heine a trouvé au microscope, dans une préparation de sang fluide pris dans le ventricule droit, un cristal rhomboédrique de sulfate de cuivre. Je ne le conteste pas; mais alors, quelle était la proportion de sulfate de cuivre dans sa liqueur? Celle dont nous avons donné la formule contient 0,065 milligr. de sulfate de cuivre par gramme, en supposant que l'acétate de plomb soit sans action sur ce sel. Mais l'acétate de plomb, décomposant au moins un tiers du sel de cuivre, il en résulte qu'un gramme de liqueur de Villate contient au plus 0,04 centig. de sulfate de cuivre. En admettant, dans le fait de M. Heine, que l'on ait injecté dans les veines 5 grammes de liqueur de Villate, ce qui est le poids du liquide contenu dans la moitié d'une petite seringue à injection, il n'aurait pénétré dans le système circulatoire que 0,20 centig. de sulfate de cuivre dissous. Or, peut-on admettre que ces 0,20 centig. de sel de cuivre dissous et mêlés à la masse totale du sang de sa malade pendant douze heures, saturent ce liquide à un point tel qu'il dépose un cristal microscopique, il est vrai, mais enfin reconnaissable? Il me semble qu'une pareille hypothèse est inadmissible, et que l'on se trouve forcé d'en conclure ou que M. Heine a injecté une liqueur de Villate autrement saturée de sulfate de cuivre que la nôtre, ou qu'il a pris pour un cristal de ce sel ce qui n'en était pas.

Plus loin, M. Heine parle d'acide acétique, et il attribue la mort à l'action de cet acide. Mais, et j'ai beaucoup insisté sur ce point (*Réponse à quelques objections à l'emploi de la liqueur de Villate, etc.*, l'*Union médicale*, 22 et 24 novembre 1866), ce n'est pas de l'acide acétique qui doit entrer dans la composition de la liqueur de Villate, mais du vinaigre de vin. Le vinaigre de vin blanc est bien de l'acide

(1) Voici cette formule :

Sous-acétate de plomb liquide......		30 gr.
Sulfate de cuivre crist............	aa	15 gr.
Sulfate de zinc crist..............		
Vinaigre de vin blanc........ ...		200 gr.

acétique, mais beaucoup moins corrosif que l'acide acétique des pharmaciens, et il y a, au point de vue physiologique, une différence capitale entre la liqueur de Villate préparée avec l'un ou l'autre de ces acides. Celle préparée avec l'acide acétique cause des douleurs tellement insupportables chez l'homme, qu'elle peut causer des accidents, et que j'ai dû y renoncer. Le vinaigre de vin blanc est beaucoup mieux toléré par les malades.

Par tous ces motifs que nous venons d'énumérer, nous sommes autorisé à nous demander quelle était la composition de la liqueur employée par M. Heine.

Nous avons, comme M. Heine, cherché à nous rendre compte du degré de danger que pouvait présenter la liqueur de Villate lorsqu'elle pénétrait dans l'économie soit par absorption, à la suite d'une injection sous-cutanée, soit brusquement dans le système circulatoire à la suite d'une injection dans une veine; et prenant pour base l'observation de M. Heine, nous avons pensé que si le liquide contenu dans la moitié d'une petite seringue à injection, dont le poids est de 5 grammes, avait pu déterminer la mort chez un enfant de 12 ans, dont nous estimerons le poids approximativement à 25 kilogrammes, dix à douze gouttes, ou 0,50 centigr., devraient empoisonner un lapin pesant 2 kilog. 1/2.

Expérience I. — Le 11 avril (1), nous avons pris deux lapins pesant chacun 5 livres, et nous avons injecté, sous la peau du dos de ces deux animaux, avec la seringue de Pravaz, 10 gouttes de liqueur de Villate pure. Chez l'un, nous avons injecté la liqueur verte faite avec le vinaigre; chez l'autre, la liqueur bleue faite avec l'acide acétique. Ce dernier a paru plus incommodé que le premier. Pendant deux heures, ces animaux n'ont pas mangé. L'extrémité du nez se contractait; les flancs battaient avec précipitation, puis, peu à peu, ces accidents se sont calmés, et, le lendemain, ils paraissaient très-bien portants.

Expérience II. — Le 14 avril, sur les deux mêmes lapins, je mets à nu la veine crurale et j'injecte doucement, avec la seringue de Pravaz, dans cette veine, 20 gouttes de liqueur verte à l'un et 10 gouttes de liqueur bleue à l'autre.

Après l'opération, ils paraissent éprouver quelques instants d'anxiété. Battements précipités des flancs, particulièrement chez

(1) M. Corbière, vétérinaire très-distingué, m'a prêté son concours pour ces diverses expériences.

celui chez lequel j'avais injecté la liqueur bleue. Deux heures après, ils mangent et ne paraissent plus incommodés.

Expérience III. — Sur un des deux lapins qui ont servi aux expériences précédentes, le 17 avril, j'injecte sous la peau du dos 20 gouttes de liqueur verte. Mêmes phénomènes que précédemment. Les jours suivants, il est bien portant.

Expérience IV. — Le 20 avril, sur chacun de mes deux mêmes lapins, j'injecte sous la peau 40 gouttes de liqueur de Villate. Pour cela, je pratique une piqûre sur chaque flanc, et par chaque piqûre, j'injecte 20 gouttes. A l'un de ces animaux, j'injecte de la liqueur bleue; à l'autre, de la liqueur verte. Ils ne sont pas plus incommodés que dans les expériences précédentes. Au bout de deux heures, ils mangent la nourriture qu'on leur apporte, et le lendemain et les jours suivants, ils paraissent bien portants.

Expérience V. — Le 17 avril, à deux heures de l'après-midi, sur un chien d'assez forte taille pesant 15 livres, nous mettons à nu la veine crurale droite, et nous injectons avec les plus grandes précautions, sans qu'une seule bulle d'air pénètre dans la veine, 1 gramme de liqueur de Villate verte.

La plaie est réunie par une suture; l'animal est inquiet, souffrant, ses flancs battent avec violence; la respiration est profonde. Cet état dure une heure environ, puis peu à peu il se remet, et le soir, à sept heures, il mange de la viande, et la nuit, il mange une soupe au lait qu'on a placée auprès de lui. Les jours suivants, il paraît ne pas se ressentir de cette injection.

Expérience VI. — Le 20 avril, sur le même chien, nous mettons à nu la veine humérale, et nous y injectons 6 grammes de liqueur de Villate verte. Immédiatement la respiration devient profonde, précipitée; il y a du hoquet, deux vomissements; il rend ses urines, puis des matières fécales, et il meurt sans convulsions tétaniques, un quart d'heure après l'injection.

Le lendemain matin, nous pratiquons l'autopsie : raideur cadavérique prononcée; les poumons ne sont point œdématiés. A la coupe, il ne s'écoule pas de liquide séro-sanguinolent. Ils sont souples, crépitants et manifestement emphysémateux dans toute leur étendue. A peine présentent-ils quelques traces de congestion à leur partie inférieure. Le cœur et les gros vaisseaux renferment un sang noir, non coagulé, ayant la consistance d'un sirop épais, mais ne présentant nullement la coloration de laque carminée signalée par M. Heine Le ventricule droit est médiocrement distendu par ce sang. Quant au gauche, il est contracté et n'en contient qu'une très-petite quantité.

Des expériences qui précèdent, il résulte que la liqueur de Villate injectée sous la peau des lapins ne détermine aucun accident à des doses même fort élevées eu égard au volume de l'animal. Ainsi, ils ont pu supporter 40 gouttes ou 2 grammes de cette liqueur sans être incommodés, alors que déjà ils avaient servi, les jours précédents, à de nombreuses expériences du même genre qui auraient dû affaiblir notablement leur résistance vitale, si la liqueur de Villate était aussi toxique que le feraient supposer les expériences de M. Heine.

L'injection de liqueur de Villate à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme dans les veines des lapins et d'un chien n'a point amené de troubles durables dans la santé de ces animaux.

Ces expériences nous démontrent l'extrême tolérance avec laquelle l'économie paraît supporter cette injection. Il est vrai qu'une dose de 6 grammes a déterminé la mort du chien : mais quel est le médicament même le plus innocent qui, injecté dans une veine humérale à cette dose, ne déterminerait pas la mort?

Nous pouvons donc conclure que, contrairement aux expériences et aux assertions de M. Heine, la liqueur de Villate peut, sans inconvénient, être injectée en petite quantité, dans le sang, chez les animaux.

En résumé, je crois avoir établi que la mort, dans le fait de M. Heine, est due à l'injection de la liqueur de Villate dans les *veines* de sa malade; que son observation est, du reste, fort incomplète et que, d'après ses propres expressions, il a dû employer une injection dont la composition diffère de celle que nous préconisons; d'où il suit que, jusqu'à présent, aucun fait ne prouve qne la liqueur de Villate employée *d'après les règles que nous avons indiquées*, ait déterminé la mort.

Si un cas malheureux se présentait, nous demandons qu'il soit publié dans tous ses détails, afin que chacun puisse juger si la faute en est au médicament ou à la manière dont il a été employé, et si j'insiste sur ce point, c'est que j'ai, par devers moi, des faits que je me propose de publier plus tard, dans lesquels j'aurais dû perdre mes malades, si la liqueur de Villate était aussi toxique que l'on veut bien le dire : c'est qu'il est vraiment étonnant que la liqueur de Villate ait été employée pendant des années, dans le service de M. Velpeau, pour le traitement des fistules rebelles succédant aux abcès du sein, et qu'elle soit journellement mise en usage par M. Nélaton dans les affections les plus diverses, sans que ces habiles chirurgiens aient eu aucun accident à déplorer. Aussi suis-je heureux de pouvoir m'appuyer sur l'exemple et l'autorité de ces illustres maîtres pour mettre en garde sur les cas de mort publiés jusqu'à ce

jour, et pour appeler sur eux une enquête sévère et détaillée qui permette de se prononcer sur leur valeur.

COMITÉ SECRET.

La Société se forme en comité secret pour entendre un rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 13 MAI 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— Rapports sur le *Mal de Saint-Lazare*, ou *Éléphantiasis des Grecs;* — sur la *Gazette médicale de Mexico*, extraits des archives de la Commission scientifique du Mexique, par M. Larrey.

— *Étude sur les Hôpitaux de Rome*, thèse inaugurale, par M. Et. J. Schaeuffele.

Traitement du bec-de-lièvre.

A l'occasion du procès-verbal, M. Broca croit devoir donner quelques explications sur une lettre adressée au rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*, par M. le professeur Sédillot, de Strasbourg.

Cette lettre, dit-il, a été motivée par la publication de ma note sur l'*application de la suture osseuse au traitement du bec-de-lièvre compliqué*. Elle aurait sans doute été adressée à notre président, si notre éminent collègue, M. Sédillot avait su que mon travail avait été lu à la Société. La mention de ce fait n'ayant pas été donnée (et je le regrette) par la *Gazette des Hôpitaux*, il était naturel de croire que

l'article avait été communiqué directement au rédacteur. M. Sédillot, trompé par les apparences, a donc adressé au journal sa rectification, et il l'a fait, d'ailleurs, dans des termes si courtois, que je dois, avant tout, le remercier de sa bienveillance.

Si j'avais écrit un travail *ex professo* sur le point de chirurgie que j'ai traité, je me serais fait un devoir de citer l'opinion de tous les chirurgiens dont les écrits font autorité, et, parmi eux, je me serais bien gardé d'oublier M. Sédillot; mais la note que je lisais à la Société de chirurgie n'était que la suite d'une discussion commencée dans une précédente séance. A l'occasion d'un cas de bec-de-lièvre double et très-compliqué présenté par M. Demarquay, j'avais émis l'opinion qu'on pouvait tenter de conserver le tubercule incisif, et je m'étais trouvé *seul* de mon avis.

Il en eût été sans doute autrement il y a vingt-cinq ans, époque où mon maître, Blandin, venait d'instituer le procédé d'excision triangulaire de la cloison, qui permet de réduire aisément le tubercule osseux. Ce procédé fut alors accueilli avec faveur par les chirurgiens; mais lorsqu'on eut vu que le tubercule restait mobile, qu'il était inutile et gênant, on revint peu à peu à la méthode de Franco, si bien, je le répète, que l'idée d'appliquer le procédé de Blandin à la petite malade de M. Demarquay fut écartée par tous mes collègues. Lorsqu'une opinion reçoit un pareil accueil à la Société de chirurgie, on peut dire, *devant cette Société*, qu'elle est généralement abandonnée; mais je n'ai pas dit, pour cela, qu'elle fût repoussée par *tous les chirurgiens*. J'ai annoncé, au contraire, dès les premières lignes de ma note, que j'allais, à l'aide d'une observation clinique, « démontrer la possibilité d'un fait nié par *la plupart des chirurgiens*. » C'est après cette phrase que j'ai ajouté : « On s'accorde *généralement* à dire aujourd'hui que le tubercule incisif doit être enlevé.... » Le mot *généralement*, faisant immédiatement suite aux mots : *la plupart des chirurgiens*, exprime évidemment la même idée. En deux autres passages, j'ai encore parlé *des chirurgiens*, mais nulle part M. Sédillot n'a pu lire dans ma note que j'aie, suivant l'expression qu'il me prête, « cité l'opinion de *tous* les chirurgiens, » et mérité par là d'être spirituellement comparé à madame de Sévigné, qui crut voir un jour « toute la France » dans la chapelle du château de Versailles.

L'éminent professeur de Strasbourg n'est donc pas fondé à croire que j'aie négligé de lire son important *Traité de médecine opératoire*; mais il a raison de vouloir bien me compter parmi les partisans de l'École de Strasbourg. Je fais tous mes efforts pour profiter des beaux travaux de cette École. Dans le cas particulier du bec-de-lièvre, toute-

fois, je dois, avant tout, me ranger au nombre des disciples de Blandin, dont j'ai cherché à compléter le procédé en y ajoutant l'avivement et la suture du tubercule osseux, procédé que j'ai, pour ainsi dire, vu naître sous mes yeux, car j'étais attaché au service de ce professeur en 1843, époque où il l'inventa.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre titulaire.

La Commission chargée de l'examen des titres des candidats avait placé :

En première ligne, M. Marc Sée;

En deuxième ligne, M. Duplay;

En troisième ligne, M. Paulet.

Sur 26 votants, obtiennent :

M. Marc Sée, 19 voix;

M. Paulet, 5 voix;

M. Duplay, 2 voix.

NOMINATION DE COMMISSION.

Nomination d'une Commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre titulaire.

Cette Commission sera composée de MM. de Saint-Germain, Guyon et Tillaux.

COMMUNICATION.

Sur la rapidité de développement de certains enchondrômes.

— M. Trélat. M. Tillaux, dans une communication récente sur un cas d'enchondrôme de la mâchoire supérieure, a appelé votre attention sur la très-grande rapidité avec laquelle cette tumeur s'était développée.

Je viens d'avoir l'occasion d'observer deux faits de développement rapide de l'enchondrôme. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme, dont j'ai déjà parlé ici, et chez laquelle une énorme tumeur de la partie latérale du cou mit environ dix-huit mois à atteindre son volume. Cette tumeur était un enchondrôme pur.

Ce matin même j'ai enlevé, sur une femme, une tumeur de la région parotidienne, qui s'était développée en trois ans. J'avais mis une certaine réserve dans mon diagnostic et posé la question de l'existence possible d'une simple hypertrophie.

L'opération qui, d'ailleurs, n'a présenté aucune difficulté, une fois terminée, j'ai pu voir que la tumeur présentait exactement les mêmes caractères que celle dont je viens de parler. Je parle des caractères observables à l'œil nu, car l'examen microscopique n'a pas encore été fait.

En présence de pareils faits, je pense que la question de la rapidité ou de la lenteur du développement des tumeurs cartilagineuses demande à être soumise à une révision sérieuse.

Déjà, au point de vue de l'anatomie pathologique, on a de la tendance à admettre des variétés dans le groupe des tumeurs qui renferment des éléments cartilagineux.

Je voudrais savoir si les faits tels que celui de M. Tillaux et les miens sont exceptionnels, ou bien, au contraire, s'ils sont plus communs qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour.

M. Després. Les faits analogues à ceux dont nous ont entretenu MM. Tillaux et Trélat ne sont pas rares pour les enchondrômes viscéraux. Les bulletins de la Société de chirurgie renferment des faits d'enchondrôme testiculaire à marche rapide. Dans ces cas, on a constaté les caractères qui sont attribués par Wirchow à l'enchondrôme muqueux.

On trouve aussi, dans les Bulletins de la Société anatomique et de la Société de chirurgie, des observations de tumeurs qui se sont développées, comme le fait le cancer, et qui renfermaient des éléments cartilagineux, mais pas les éléments du cartilage normal. On a, en outre, rencontré dans ces tumeurs des éléments fibro-plastiques.

Il faudrait se demander si, dans les cas de MM. Tillaux et Trélat, il n'existait pas des éléments fibro-plastiques.

M. Tillaux. Je ne crois pas à la ressemblance des tumeurs du testicule, dont a parlé M. Després, avec celles de M. Trélat et la mienne. Dans le cas que j'ai observé, il n'y avait pas une foule d'éléments anatomiques, mais bien du cartilage pur et rien autre chose. J'avais diagnostiqué une tumeur fibro-plastique, à cause de la rapidité du développement de la production morbide. Rien dans l'examen anatomique, fait par MM. Laboulbène, Ranvier, Quinqaud et moi, n'a permis de justifier ce diagnostic. Il n'y avait pas de traces d'éléments fibro-plastiques.

Ces tumeurs sont peu fréquentes, et à l'œil nu même, ne peuvent être confondues avec des tumeurs fibreuses, car leur aspect est tout à fait celui du cartilage.

M. Després. Je ne discute pas les faits de MM. Tillaux et Trélat; mais je dis qu'il y a une quantité très-considérable de tumeurs qui

renferment, dans leur intérieur, du cartilage et autre chose que du cartilage.

Dans toutes les tumeurs classées parmi les enchondrômes, il n'y a pas exclusivement de la substance fondamentale et des cellules de cartilage. Il existe aussi du fibro-cartilage, et l'on trouve au milieu des fibres des cellules embryonnaires de cartilage. Je crois que toutes les tumeurs qui ont été observées jusqu'à ce jour, et qui marchaient très-vite, ne renfermaient que des éléments de ce genre et non pas les éléments normaux du cartilage.

M. Chassaignac. Relativement à cette grande variabilité de durée des enchondrômes, il est bien évident qu'aujourd'hui les faits sont mieux observés qu'autrefois. Jadis, on a considéré ces tumeurs sous un autre jour; ainsi, l'on a rangé beaucoup d'enchondrômes parmi les tumeurs colloïdes. Ceci explique les différences attribuées à l'évolution de ces tumeurs.

Dans toutes ces tumeurs, il faut tenir compte de plusieurs conditions : 1° de la présence du tissu cartilagineux; 2° de la présence de tissus secondaires propres à la région; 3° de l'état général du sujet qui peut accélérer la marche de la production morbide, la composition anatomique restant la même.

M. Giraldès. M. Trélat veut qu'on soumette à une révision complète l'histoire des enchondrômes. Pour réviser cette question, il faudrait soumettre tous les faits à un mode d'investigation identique, l'examen microscopique. Or, à ce point de vue, la plupart des faits anciens doivent être mis de côté; ainsi, toutes ces tumeurs indiquées par M. Després n'ont pas été examinées avec un soin convenable, et l'on ne peut en tenir compte.

M. Després. Les observations auxquelles j'ai fait allusion sont des faits très-sérieux, tels que ceux qui appartiennent à M. Lhonneur, à M. Dauvé, ceux rapportés dans la thèse d'un élève de l'École de Lyon, M. Conche, etc.

M. Trélat. M. Després a pris la parole deux fois, d'abord pour s'occuper de nos observations; mais les faits rapportés par M. Tillaux et par moi ne doivent pas donner lieu à discussion, car il s'agit d'enchondrômes purs.

Que certaines tumeurs mixtes marchent avec rapidité, cela est possible, mais cela n'a rien à voir avec nos faits.

En second lieu, M. Després a tracé un historique fort approximatif de la doctrine de Wirchow, en ce qui concerne les enchondrômes. Dans la description donnée par M. Després, je ne vois absolument rien qui prouve qu'il ne s'agit pas là d'enchondrôme. Ce qu'il y a d'im-

portant dans les faits que je viens de signaler, c'est qu'assurément ils sont exceptionnels et mal connus encore.

M. Chassaignac. Pour bien comprendre et interpréter la marche lente de certaines tumeurs, il faut bien avoir présente à l'esprit l'évolution de quelques inflammations chroniques, dans la composition desquelles on voit, à un certain moment, intervenir des éléments nouveaux, l'élément cancéreux, par exemple. Dans un cas de ce genre, on ne peut dire que l'on a eu affaire à une tumeur cancéreuse pure à marche lente.

Un individu; bien portant d'ailleurs, a une tumeur; puis son état général se modifie, et il devient cancéreux. Eh bien! dans ce cas, ce n'est pas sur le terrain de la composition anatomique de la tumeur qu'il faut se placer pour juger la question, mais sur celui de l'état général du sujet.

M. Forget. Sans vouloir rien enlever aux observations de M. Chassaignac, je veux seulement faire remarquer que cette question de dégénérescence des tumeurs par substitution de tissu a déjà été agitée, il y a une quinzaine d'années, devant la Société de chirurgie.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Guersant présente un jeune enfant qui n'a qu'un os à l'avant-bras, et à la main un seul doigt. Les avant-bras sont fléchis sur les bras et dirigés en arrière.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 20 MAI 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— Le *Bulletin de thérapeutique*, avec la table des tomes LXI à LXXII (1862 à 1867).

— Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

— La *Gazette médicale de Strasbourg.*

— Le *Montpellier médical.*

— La *Revue médicale de Toulouse.*

— Le *Bulletin médical du nord de la France.*

— *Nouvel appareil à irrigation médiate*, par M. Rinaldi, ancien chirurgien militaire.

— Trois volumes de *Mémoires de chirurgie*, par M. Larrey, offerts à la Société par l'auteur.

— *Traité des divisions congénitales ou acquises, de la voûte du palais et de son voile*, par A. Preterre. In-8° avec 97 figures.

— Une lettre de notaire notifiant le décès de M. Ange Duval, membre correspondant de la Société.

A l'occasion du procès-verbal :

Enchondrome. — M. Trélat dépose sur le bureau l'une des deux observations qu'il a citées dans la dernière séance; l'autre observation a été publiée par la *Gazette des Hôpitaux*, qui en a reçu le manuscrit.

Obs. — Eugénie R..., 40 ans, blanchisseuse.

Entrée salle Sainte-Marthe, n° 49, le 20 avril 1868.

La santé habituelle à toujours été et est encore bonne.

C'est à trois ans environ que cette femme fait remonter le début de la tumeur qu'elle porte à la région parotidienne. Au commencement, dit-elle, c'était comme une lentille placée sous la peau, mobile et indolore.

Lentement, par une marche qui semble avoir été régulièrement progressive, cette tumeur a pris le développement où nous la voyons arrivée; mais, sauf quelques élancements que la malade y ressentait surtout à l'époque des règles, aucune douleur vive ne s'y montrait.

Actuellement, à la région parotidienne gauche, existe une tumeur arrondie qui, revêtue des téguments, dessine une bosselure grosse comme un œuf de poule. Sa situation est telle, que la partie supérieure de son contour atteint la partie la plus élevée de la région, tandis que son bord inférieur est distant de 2 centimètres environ de l'angle maxillaire. En avant, elle déborde sur le bord postérieur de la branche montante en arrière, elle soulève notablement le lobule de l'oreille. Sa consistance est à peu près uniforme, rénitente, en aucun point fluctuante, mais un peu plus molle au sommet.

Nulle part le doigt n'y perçoit la sensation caractéristique d'une enveloppe osseuse dépressible.

Elle semble formée de trois lobes : un supérieur, un inférieur et un antérieur moins développé.

La pression n'y provoque aucune douleur.

La tumeur gêne peu, et seulement depuis ces derniers temps, les mouvements de la mâchoire.

La peau, qui est saine sur la tumeur, est sans aucune adhérence avec elle. Vient-on à explorer la mobilité de la tumeur elle-même, celle-ci, au contraire, n'est que partielle et limitée.

En présence d'une tumeur qui n'offre guère d'autres caractères que ceux qui sont communs à cette classe d'affections à marche lente, sans douleur, sans adhérence de la peau, le diagnostic devait osciller entre deux variétés de tumeurs bénignes, presque également fréquentes en ce point : l'adénome parotidien, ou l'enchondrôme. Et il faut ajouter que le diagnostic différentiel, poussé à un plus haut degré de précision, était, dans le cas actuel, matériellement impossible.

L'opération fut pratiquée le 13 mai. Incision verticale comprenant toute la peau. Incision horizontale de 2 centimètres partant de l'angle supérieur de la première incision. En écartant le lambeau ainsi circonscrit, on détruit les quelques filaments celluleux qui unissent la peau à la tumeur. L'énucléation se continue facilement. Les tractions faites sur la tumeur, au moyen d'une crique, en déterminent la rupture. Les fragments qui s'en échappent sont visiblement des fragments d'enchondrôme mou. Quand M. Trélat a enlevé toute la masse cartilagineuse qui a le volume d'une grosse noix, on voit, de la façon la plus nette, la face profonde du kyste qui contenait la masse cartilagineuse. La dissection du kyste s'achève sans difficulté, mais provoque un notable écoulement sanguin.

Pansement sec, légèrement compressif.

14 mai. — Mouvement fébrile très-léger; peu de douleur au niveau de la plaie. Même pansement.

15 mai. — L'incision transversale est en voie de réunion.

16-17 mai. — La plaie suppure à peine et est recouverte d'une couche grisâtre pseudo-membraneuse. Pansement avec l'eau-de-vie camphrée.

18 mai. — La plaie suppure et commence à bourgeonner.

Aujourd'hui, 20 mai, la plaie est en voie de cicatrisation rapide.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Ranvier.

La tumeur est un *enchondrôme à cellules ramifiées, en voie de dégénérescence muqueuse.*

Les éléments cellulaires sont de deux ordres : 1° quelques rares cellules cartilagineuses ordinaires entourées de leur capsule, et disséminées au milieu des autres; 2° des cellules ramifiées (0,012 à 0,018) offrant de deux à six prolongements qui vont s'anastomoser avec les prolongements des cellules voisines.

La substance fondamentale, amorphe en certains points, fibreuse dans d'autres, présente un très-grand nombre de fibres élastiques. Les points où ces fibres élastiques offrent cette grande longueur, contiennent beaucoup de cellules et peu de substance intercellulaire, de telle sorte qu'on dirait que ces fibres élastiques proviennent directement des cellules allongées par leur tassement.

Les parties qui ont subi la dégénérescence muqueuse se rencontrent dans un assez grand nombre de points. On voit des cavités de formes et de dimensions variables renfermant de la substance muqueuse, des fibres élastiques et un petit nombre de cellules, qui sont devenues granulo-graisseuses.

— M. Giraldès. Je tiens à faire remarquer, afin qu'il n'y ait pas double emploi, que l'enfant présenté par M. Guersant dans la dernière séance est le même que celui dont il est question dans une de mes leçons cliniques publiées récemment.

— M. Chassaignac. Je pense que la note adressée en réponse par M. Broca à la lettre de M. Sédillot n'exprime pas la véritable manière de voir de la Société de chirurgie, relativement à l'opportunité de la conservation du tubercule osseux médian, dans le cas de bec-de-lièvre compliqué. Je n'ai pas voulu, il est vrai, que l'on conservât le tubercule osseux chez l'enfant présenté par M. Demarquay; mais il s'agit là d'un cas particulier et non pas de l'application d'un principe général. Or, c'est sous ce dernier jour que notre manière de voir est présentée dans la note de M. Broca.

M. Depaul. Je m'associe complétement à la réclamation de M. Chassaignac. Dans la discussion qui a eu lieu ici, je n'ai voulu parler que du cas présent.

M. Guersant. Ainsi que mes collègues, j'admets que dans un grand nombre de cas, il faut conserver le tubercule osseux médian.

— Sur l'invitation de M. le Président, M. Marc Sée, nommé membre titulaire, prend place parmi ses collègues.

COMMUNICATIONS.

M. Tillaux fait la communication suivante :

Luxation spontanée de la sixième vertèbre cervicale sur la septième.

Le nommé M..., âgé de quarante-huit ans, ébéniste, partit le lundi 4 mai dernier passer la journée au camp de Saint-Maur avec plusieurs amis ; l'un d'eux lui donna un croc-en-jambe qui le fit tomber sur l'herbe ; mais la chute fut si légère que le malade se releva immédiatement, n'éprouva aucune douleur et perdit même complétement le souvenir de cette chute, puisqu'on dut plus tard la lui rappeler. Il était deux heures après midi. Pendant quatre heures encore. M... continua à courir et à jouer avec ses amis. Tout à coup, vers six heures, il s'affaissa en s'écriant : « Soutenez-moi, je ne puis plus me porter. » Les assistants crurent d'abord à une plaisanterie, mais ce n'était que trop vrai. Il fut transporté de suite au village voisin, où un médecin constata une paraplégie absolue, et le même soir, à onze heures, il entrait à l'hôpital Saint-Antoine. L'interne de garde ne constatant, ni dans l'état local, ni dans les antécédents, rien qui indiquât un traumatisme, plaça le malade dans le service de M. le docteur Millard, médecin de l'hôpital. Je suis heureux de remercier cet excellent collègue de m'avoir permis de vous communiquer ce fait.

Le 5, à la visite du matin, M. le docteur Millard constate une paraplégie complète. La paralysie remonte jusqu'au troisième espace intercostal. Les membres supérieurs eux-mêmes ont perdu de leur sensibilité tout en conservant la mobilité. Il n'y a pas trace d'action réflexe dans les membres inférieurs. Le malade, qui est fort intelligent, rend parfaitement compte de son état et ne sait à quelle cause rattacher les phénomènes qu'il éprouve.

En examinant la région dorsale, on constate une saillie très-prononcée de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. La tête tout entière est portée en avant ; mais le malade, interrogé à cet égard, déclare qu'il se tient très-mal à l'ordinaire et qu'il marche toujours la tête penchée dans ce sens ; il ne lui semble pas qu'elle soit plus penchée que d'habitude ; cependant il éprouve du soulagement lorsque l'on redresse légèrement sa tête.

L'action de la moelle était totalement anéantie à partir de la région cervicale ; mais à quelle cause directe rattacher cette paraplégie ? M. Millard était fort embarrassé, et je ne le fus pas moins que lui en

examinant le malade; car, comment admettre une fracture ou une luxation de la colonne vertébrale avec les commémoratifs qui sont relatés plus haut : traumatisme insignifiant et produit quatre heures avant le début des accidents, nulles traces de maladie antérieure ; santé habituelle excellente.

Les symptômes de la paraplégie persistèrent les jours suivants, et le malade mourut le 8 mai, quatre jours après son entrée.

L'autopsie nous a révélé les particularités suivantes, que vous pouvez constater sur la pièce que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux.

Les muscles des gouttières vertébrales étaient infiltrés de sang. Une fois ces muscles enlevés, il fut facile de constater que la colonne vertébrale était complétement séparée en deux tronçons au niveau de la septième cervicale; nous crûmes d'abord à une fracture. Un examen plus attentif démontre que les surfaces osseuses étaient intactes, qu'il existait une luxation complète entre la sixième et la septième cervicale. Les cinq premières vertèbres ont conservé leurs rapports avec la sixième. La capsule qui réunit les surfaces articulaires est déchirée, ainsi que le ligament inter-épineux. Le disque inter-vertébral est rompu d'avant en arrière et de haut en bas, en sorte qu'une portion de ce disque adhère en avant à la face supérieure de la septième, et l'autre portion à la face inférieure et en arrière seulement de la sixième. Les surfaces osseuses ne sont pas érodées et présentent seulement une légère vascularisation ; mais la lésion capitale porte sur la septième cervicale. Au lieu de représenter une surface rectangulaire dans le sens antéro-postérieur, la coupe de cette vertèbre donne la forme exacte d'un coin dont la base est en arrière et le sommet en avant. La face postérieure de la vertèbre mesure en hauteur 15 millimètres, tandis que la face antérieure n'en mesure que 7. La face supérieure représente donc un plan incliné de haut en bas et d'arrière en avant. On ne constate aucune trace de suppuration ancienne ou récente, ni dans les corps vertébraux, ni dans le voisinage. Du reste, les renseignements fournis par le malade, ceux donnés aujourd'hui encore par sa veuve ne dénotent aucune maladie antérieure, aucune douleur dans la région du cou.

La moelle, examinée trop tard pour que les recherches histologiques soient possibles, était fortement comprimée et réduite en une pulpe presque liquide au niveau de la luxation.

En résumé, depuis une époque qu'on ne peut préciser, il s'était produit sur la septième vertèbre cervicale un travail de résorption et non pas usure, car le disque inter-vertébral n'était nullement dé-

truit ; vous le voyez encore intimement adhérent à la partie de la vertèbre qui a perdu de sa hauteur : les deux vertèbres ne frottaient donc pas l'une contre l'autre.

Depuis longtemps déjà la sixième vertèbre cervicale et la tête avec elle s'étaient inclinées sur le plan oblique, en bas et en avant, que leur offrait la face supérieure de la septième, d'où cette attitude vicieuse que le malade rapportait à sa profession. Puis, tout à coup, sous l'influence probable d'une cause véritablement insignifiante, puisque le malade n'a éprouvé des accidents que quatre heures après sa chute, une luxation complète en avant s'est produite, et a déterminé la mort.

C'est la marche et le mécanisme, à coup sûr fort insolites, de cette luxation, qui nous ont engagé, M. le docteur Millard et moi, à vous en relater les détails.

M. Desprès. Le fait remarquable à quelques égards que M. Tillaux vient de nous faire connaître, me semble pouvoir trouver une explication assez simple. Il s'agit là d'un mal de Pott, du genre de celui qui a été étudié par M. Nichet. Le point de départ de la maladie a été la bourse séreuse du fibro-cartilage ; aujourd'hui, tout autour de l'os, on voit des traces d'inflammation. Dans un pareil état, on comprend qu'un effort léger ait pu produire une luxation spontanée.

M. Larrey. Je pense également que dans ce fait on peut suivre très-bien les deux périodes du mal vertébral ; dans la première existait l'ostéite vertébrale, dans la seconde est parvenue la paraplégie, caractère essentiellement décrit par Pott dans ses deux mémoires.

M. Tillaux. Il est bien évident qu'il y a eu une inflammation de l'os ; mais ce qu'il y a de singulier dans le cas actuel, c'est que cette tumeur blanche ait passé complétement inaperçue, et que tout à coup elle ait causé une luxation spontanée.

M. Desprès. Je me méfie des faits extraordinaires et c'est pour cela que j'ai pris la parole. Je le répète, il s'agit là de la forme de mal de Pott étudié par M. Nichet, mal de Pott ayant son point de départ dans le ménisque inter-articulaire ; or, l'on sait que l'os s'use dans ce cas. Si on avait pu interroger le malade sur ses antécédents de jeunesse, on eût découvert quelques traces de symptômes d'arthrite vertébrale.

M. Tillaux. Cette interrogation a eu lieu et n'a donné que des résultats négatifs.

M. Panas. J'ai examiné le malade de M. Tillaux peu de temps après l'accident. Cet individu affirmait que c'est trois heures après avoir joué avec ses camarades qu'il avait été frappé de paralysie.

On a pensé alors qu'il y avait une lésion ancienne, et l'on a posé le diagnostic : fracture, suite évidente de lésion ancienne.

Pour moi, il a existé une maladie du ménisque inter-articulaire. Il y avait un ramollissement du disque intervertébral ; par suite de cet état, le cou du malade était dans une position vicieuse, et cette pression de longue date a amené une usure du corps vertébral en avant. En même temps que cela existait, le ramollissement continuait à se faire, et c'est à la suite d'un mouvement de flexion de la tête en avant que la rupture a eu lieu.

Luxation du poignet.

M. Guyon, j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie le moulc en plâtre d'une luxation traumatique du poignet, que je viens d'observer à l'hôpital des Cliniques.

Voici les détails relatifs à l'observation de ce fait intéressant.

Le 15 mai 1868, pendant la visite, on conduit à la clinique le nommé P... Hippolyte, tailleur de pierres, âgé de 30 ans. L'accident subi par le malade était tout récent; blessé dans le chantier de la Sorbonne, P... avait été immédiatement conduit à l'hôpital. Aussi avons-nous pu l'examiner avant tout gonflement, et nous rendre compte, dès l'abord, de l'exacte configuration de la région malade.

Au premier coup d'œil, il paraissait impossible de ne pas songer à un déplacement du poignet en arrière ; l'on voyait distinctement sur la face dorsale du poignet une saillie régulière rappelant exactement la forme du carpe. Du côté de la main cette saillie fait suite à sa face dorsalc, du côté de l'avant-bras, existe un relief nettement accusé, et d'autant plus distinct que la peau forme deux plis transversaux très-accusés dans le sillon qui marque la ligne de démarcation inférieure. Ce point est distant de plus de quatre centimètres de la ligne de flexion de la face antérieure du poignet.

En avant, la saillie que l'on observe est beaucoup moins régulière et paraît plus volumineuse; elle descend à cinq millimètres de la ligne de flexion du poignet, dont elle n'est séparée que par un pli épais de la peau. Au toucher, cette saillie antérieure est très-irrégulière, le rebord osseux le plus en relief est si abrupt que l'on se prend à se demander s'il ne s'agit pas de l'extrémité d'un fragment fracturé. Mais il est bientôt facile de reconnaître le bord antérieur de l'extrémité inférieure du radius et l'apophyse styloïde notablement portée en avant; la position de l'apophyse cubitale montre que cet os est moins sensi-

blement porté en avant. Il n'est d'ailleurs en aucune façon porté en dehors.

Comparées l'une à l'autre, ces deux saillies sont donc fort dissemblables et diffèrent à la fois par leur forme et leur position. L'une, la dorsale, remonte vers l'avant-bras et s'éloigne de quatre centimètres du pli de flexion, l'autre, la palmaire, s'en rapproche jusqu'à cinq millimètres.

L'une et l'autre refoulent les tendons, mais nous n'avons pas observé, comme cela a été vu par M. Voillemier, que la peau fût soulevée par les tendons extenseurs écartés du corps du radius. Ainsi que nous l'avons dit, la peau formait au-dessus de la saillie dorsale deux plis transversaux.

La main n'offrait aucune déviation, elle était restée dans l'axe de l'avant-bras, les doigts étaient modérément fléchis.

Le malade souffrait cruellement, était anxieux, mais racontait nettement ce qui lui était arrivé. Il taillait une pierre énorme; voulant la changer de position, il lui imprima de la main droite un mouvement de bascule, tandis que de la main gauche il l'empêchait de glisser trop rapidement. Bientôt il sentit que sous l'influence du poids considérable qu'elle soutenait, la main gauche se ployait outre mesure; il voulut la dégager, mais le coude fut arrêté par une autre pierre placée derrière lui, et la première continua à presser de tout son poids sur la paume de la main gauche, alors que le coude fournissait un point d'appui fixe ; à ce moment, le malade n'a ni entendu ni senti de craquement, mais il a éprouvé une douleur violente. Bientôt dégagé par ses camarades, il fut conduit à l'hôpital.

Nous nous empressâmes de faire mouler le membre malade; lorsqu'une heure après son entrée P... fut conduit à l'amphithéâtre, le gonflement de l'avant-bras était déjà très-prononcé. La saillie que l'on remarque au-dessus du carpe déplacé est bien accusée par le moulage, et nuit même à sa physionomie; cette saillie molle était évidemment due au gonflement de la gaîne des radiaux externes qui se produit si habituellement dans les fractures ou entorses de l'extrémité inférieure du membre thoracique.

Le malade fut chloroformé jusqu'à résolution musculaire. Toute investigation devenait alors facile, et nous croyons devoir déclarer que, sous le bénéfice de toute absence de douleur et d'inconvénient pour le malade, nous ne craignîmes pas d'explorer les extrémités déplacées avec tout le soin, toute la rigueur possibles.

Il fut alors évident : 1° que nous avions bien affaire aux surfaces articulaires déplacées; 2° que l'extrémité inférieure du radius n'était

le siége d'aucune solution de continuité; — sur ce point en particulier notre examen fut aussi complet que possible; — 3° que les apophyses du radius et du cubitus n'étaient pas fracturées; 4° que l'articulation radio-cubitale inférieure avait, elle aussi, subi des déchirures ligamenteuses, car il était possible de faire jouer l'une sur l'autre les extrémités osseuses.

La réduction fut facile; elle s'opéra sans craquement; le membre fut placé entre deux attelles modérément serrées qui embrassaient la main et l'avant-bras. Mais dès le soir il fallut renoncer à toute contention. Le gonflement était devenu considérable, et le lendemain matin nous trouvions de nombreuses phyctènes séro-sanguines. Dès lors nous avons abandonné tout appareil, et le membre enveloppé de cataplasmes fut déposé dans une gouttière. Aujourd'hui, le gonflement a bien diminué, et voici ce qui était constaté ce matin même.

Malgré l'absence de moyens contentifs, le déplacement ne s'est pas reproduit; à aucun degré la pression sur l'extrémité inférieure du radius n'est douloureuse, à plusieurs reprises nous l'avons vivement pratiquée au lieu d'élection sans que le malade se plaignît. Aucune douleur n'est provoquée lorsque l'on presse les apophyses styloïdes, mais la pression de l'articulation, au niveau de la face dorsale du poignet, est très-sensible et, à ce niveau, le carpe fait une saillie encore appréciable.

Nous pouvions, grâce au moulage, comparer le membre à lui-même avant et après réduction. Vous voyez très-nettement sur le plâtre la pointe de l'olécrâne; nous avons mesuré de ce point à la saillie du troisième métacarpien. Le membre actuel, c'est-à-dire après réduction, est de 2 centimètres plus long. Nous avons aussi comparé l'avant-bras gauche à l'avant-bras droit. Les apophyses styloïdes offrent la même position, c'est-à-dire qu'à droite et à gauche l'apophyse du radius descend plus bas que celle du cubitus. Enfin le radius droit et le radius gauche sont de la même longueur.

Vous le voyez, ce que nous observons aujourd'hui vient confirmer ce que nous avions noté le jour de l'accident, et nous pensons avoir le droit de maintenir le diagnostic de la luxation sans nous en référer à une autopsie qui, fort heureusement, n'est pas en cause.

Nous dirons avec Malgaigne : « Avec tous ces signes on est en droit d'affirmer la luxation du poignet, simple ou avec de petites fractures insignifiantes. » C'est là, en effet, le seul point du diagnostic qui soit fort difficile sinon impossible à résoudre. La luxation n'est pas simple d'ailleurs puisque nous avons tout au moins reconnu le diastasis de l'articulation radio-cubitale inférieure. Mais ce n'est pas le plus ou

moins de simplicité de la luxation qui était en question ; c'était le fait de la luxation elle-même et l'absence de toute fracture de l'extrémité inférieure du radius. Nous espérons que la Société de chirurgie pensera que les conditions particulièrement favorables, fournies par le traumatisme si récent et par l'examen sous le chloroforme, jointes à l'ensemble des renseignements énumérés, sont de nature à faire accepter le diagnostic que nous croyons pouvoir défendre.

Opération d'ablation d'un polype naso-pharyngien.

M. Verneuil communique, au nom de M. Louis Thomas, de Tours, une observation de polype naso-pharyngien, récemment opéré par lui.

Pour endormir le malade, M. Thomas a mis en pratique le précepte préconisé dernièrement devant l'Académie de Médecine, par M. Verneuil, et qui consiste à faire préalablement le tamponnement de la fosse nasale.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Guérin, Labbé et Verneuil.

PRÉSENTATION DE MALADE ET DE PIÈCE.

Fibrome calcifié du sinus maxillaire gauche simulant une exostose nécrosée. — Ablation du maxillaire. — Guérison.

M. Demarquay présente une tumeur singulière, développée dans le sinus maxillaire dont elle a peu à peu distendu la cavité, en amincissant ses parois.

Cette tumeur est formée de deux parties : l'une extérieure, de nature fibreuse ; l'autre centrale, d'apparence osseuse, constituée par une série de séquestres libres dans une cavité, dont la couche fibreuse forme les parois. Ces productions calcaires sont mortifiées, grisâtres, inégales et très-friables ; elles exhalent l'odeur des os nécrosés. Elles sont en assez grand nombre, pressées les unes contre les autres ; il en existe cependant une plus volumineuse, longue de 3 centimètres et demi, dont le poids égale 10 grammes, et la densité 1,609.

L'examen microscopique, pratiqué par M. Bouchard, y a démontré l'absence d'ostéoplastes. L'analyse chimique faite par MM. Naquet et Lamouroux a montré que cette concrétion était formée de carbonate de chaux, de phosphate de chaux et de magnésie, et enfin d'une substance organique peu abondante, ne rappelant nullement, par ses propriétés, la trame organique des os. Les sels ne sont non plus nul-

lement dans le rapport qu'ils présentent dans le tissu osseux. En effet, la proportion du phosphate au carbonate y est comme 10 est à 1, tandis que dans les os elle est comme 7 est à 1.

La couche la plus extérieure de la tumeur, qui paraît former la lésion principale et dont la partie centrale doit représenter le dernier terme de développement, est dure, fibreuse, d'un blanc grisâtre et à peine adhérente à la lame osseuse qui l'entoure.

L'examen microscopique a montré qu'elle était formée de tissu fibreux contenant, entre ses mailles, des grains calcaires de même nature que la concrétion centrale. Cette couche est loin de présenter partout la même épaisseur. Réduite à quelques millimètres en bas et en debors, elle s'épaissit considérablement en haut et surtout en dedans, où elle envoie un prolongement qui a rejeté le nez à droite et détruit l'odorat. Excepté au niveau de l'ouverture du sinus qui est conservée, cette masse fibreuse est partout recouverte d'une mince lame de tissu osseux qui, en certains points, ne dépasse pas l'épaisseur d'une feuille de papier.

Cette tumeur a été enlevée sur un homme de trente-trois ans, chez qui elle avait mis dix-huit années à se développer. Malgré son volume considérable, elle n'avait entraîné aucun désordre grave dans l'état général, et elle était restée à peu près indolente. On n'y percevait aucune crépitation. Sur la joue et dans la bouche, il existait plusieurs trajets fistuleux conduisant dans la cavité centrale où étaient contenus les séquestres, et, en introduisant un stylet, on sentait manifestement une surface dure et mobile.

Après l'ablation du maxillaire, le malade a parfaitement guéri, et aujourd'hui grâce à un obturateur, il parle avec facilité.

Cette tumeur a été considérée, par M. Ranvier, comme un fibrôme calcifié dont la partie centrale s'est nécrosée par l'exagération de l'élément calcaire sur la partie organique.

M. Bouchard croit plutôt à une altération spéciale non encore décrite de la fibro-muqueuse des tissus, dont les éléments auraient subi une hypergénèse considérable, en même temps que l'incrustation calcaire.

(Pour plus amples détails, consulter la *Gazette médicale* du 30 mai.)

— A cinq heures un quart la Société se forme en comité secret.
La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 27 MAI 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

— L'*Union médicale de la Provence*.

— Le *Bulletin de la Société des Sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg*.

— Le *Bulletin de la Société de médecine de Besançon*.

— Observation de *polype lipomateux de la cuisse*, par le docteur O. Max van Mons.

— *Sur le diagnostic différentiel de la Cyphose*, par le docteur H. W. Berend.

— *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*. 3e série, t. II, nº 3.

— *Mémoires des concours et des savants étrangers, publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique*. 4e fascicule du tome VI.

— *Des nouveaux procédés opératoires de la cataracte, parallèle et critique*, par L. Wecker.

— Une lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique, annonçant à la Société qu'il lui a alloué, à titre d'encouragement, une somme de 600 francs.

M. le Président annonce la mort de M. le docteur Loir, membre correspondant.

— A propos du procès-verbal :

Conservation du tubercule osseux médian dans le cas de bec-de-lièvre compliqué.

M. BROCA. Je vois avec plaisir que le dissentiment n'est pas aussi grand que je le croyais entre mes collègues et moi, relativement à la conservation du tubercule osseux médian dans le cas de bec-de-lièvre compliqué.

Lors de notre première discussion, j'avais parlé non pas d'un cas particulier, mais au point de vue général. Or, les collègues qui ont réclamé dans la dernière séance n'avaient pas pris la parole ce jour là. Quant à MM. Giraldès et Demarquay, ils paraissaient vouloir rejeter en principe la conservation du tubercule osseux.

J'ai reçu une lettre de M. le docteur Ribell, de Toulouse, m'annonçant qu'il venait de faire, il y a huit jours environ, l'application de la suture osseuse à un cas analogue au mien. Son malade va bien, mais cette observation n'aura de valeur que dans quelques mois, lorsqu'on aura la preuve que la soudure osseuse est bien réelle.

DISCUSSION.

Luxation du poignet.

M. Boinet. M. Guyon, dans la dernière séance, a rappelé un cas de luxation en avant du poignet que j'avais autrefois montré à M. Nélaton et dont celui-ci avait parlé dans son livre de pathologie. Ce fait a été présenté à l'Académie par M. Gerdy. J'avais trouvé cette luxation, à l'amphithéâtre, sur le cadavre d'une vieille femme. Le poignet était tellement déformé, que le carpe faisait saillie en avant et les os de l'avant-bras sur le dos de la main. Je disséquai la région, et je trouvai dans cette articulation, dont les mouvements étaient parfaits, du côté de l'apophyse styloïde du radius, une lésion ancienne qui paraissait être la trace d'une fracture. Ainsi, dans ce cas, il y avait eu une lésion des os et non une luxation pure.

Sur le cadavre, j'ai essayé de produire des luxations du poignet; dans tous les cas, le déplacement était accompagné de fractures des os voisins.

Je crois que les luxations pures sont tout à fait rares, sinon impossibles. Les faits dans lesquels l'autopsie a été pratiquée font défaut.

M. Desormeaux. Autrefois, j'étais de l'avis de M. Boinet; mais il y a trois ans, j'ai observé un cas de luxation en arrière, qui n'a pas laissé de doute dans mon esprit, quoique je n'aie pas pratiqué l'autopsie.

Dans ce cas, j'ai diagnostiqué une luxation, parce que le carpe faisait en arrière une saillie, située plus bas que celle qui existe dans la fracture du radius. De plus, les apophyses styloïdes du radius et du cubitus faisaient saillie en avant. La saillie du carpe, en arrière, était masquée par le faisceau des tendons extenseurs, mais en repoussant ceux-ci sur la ligne médiane, on pouvait sentir les saillies laté-

rales du carpe. En avant, se trouvait le faisceau des tendons fléchisseurs; en le refoulant sur la ligne médiane, on trouvait facilement les saillies des apophyses styloïdes.

La réduction a été faite sans difficulté. Pour réduire, j'ai exercé une traction, la main étant dans une légère flexion; puis j'ai redressé celle-ci lorsque les surfaces articulaires ont été rentrées dans leur cavité. On ne put alors faire mouvoir les fragments, comme cela se passe après la réduction d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Le plâtre que nous a présenté M. Guyon m'a fait croire bien plutôt à l'existence d'une fracture du radius qu'à celle d'une luxation en arrière du carpe.

M. Larrey. Les luxations pures du poignet existent bien réellement, et l'on peut rappeler le fait de M. Padieu, dans lequel la lésion fut vérifiée par l'autopsie. Il n'existait aucune fracture. En 1851, M. Paret, médecin militaire, a soutenu sur ce sujet une bonne thèse, dans laquelle sont reproduits les principaux faits connus.

M. Guyon. J'ai dit que je présentais un moule de luxation en arrière du poignet, sans fracture de l'extrémité inférieure du radius; mais je n'ai pas entendu parler de la fracture des rebords articulaires.

M. Marc Sée. Je ne voudrais pas que le fait présenté par M. Guyon prît rang dans la science sans contestation.

M. Guyon a dit que, dans la fracture du radius, il y avait toujours déjettement en dehors du fragment inférieur et de la main. Ce signe est, en effet, donné par les auteurs, mais cela n'est pas toujours exact. Souvent il existe seulement une inclinaison du fragment inférieur en arrière, d'où la nécessité de reconnaître deux variétés de ces fractures; fracture avec inclinaison en arrière et en dehors; fracture avec inclinaison en arrière seulement. J'ai pu constater l'existence de ces deux variétés chez un couvreur qui avait fait une chute d'un lieu élevé sur les deux poignets. Du côté où il y avait une simple inclinaison en arrière, la déformation était en tout semblable à celle que nous observons sur le moule que nous a présenté M. Guyon.

M. Chassaignac. Au point où en est cette question, on ne peut avoir une solution satisfaisante que les pièces anatomiques en main. Mais nous ne devons pas oublier que si la luxation du poignet était admise trop facilement autrefois, il s'est produit sur ce point une réaction que l'on pourrait regarder comme exagérée depuis que Dupuytren a formulé l'opinion de l'existence presque constante de la fracture, à la suite des traumatismes de ce genre.

M. Guyon. J'ai fait voir qu'il y avait une déformation énorme en arrière, et je crois que lorsque ce déplacement est aussi marqué, il existe une déviation en dehors, dans le cas de fracture.

La réduction a été opérée, et le déplacement ne s'est pas reproduit. Le membre, douze jours après la réduction, est bien conformé.

M. Labbé Je ne saurais accorder, comme le fait M. Desormeaux, une importance bien grande, pour établir le diagnostic différentiel entre la fracture et la luxation, à la facilité plus ou moins grande que l'on aurait à faire encore mouvoir les fragments, lorsque la réduction a été opérée. Ce signe peut avoir une valeur assez grande, quand il s'agit de comparer une luxation du coude à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, mais il est bien moins important dans le cas actuel.

M. Desormeaux. Je ne suis pas complétement d'accord avec M. Labbé. Je n'ai, en tout cas, indiqué la possibilité de reproduire le déplacement que comme un signe secondaire. Ce qui m'a paru le plus important, c'est d'avoir pu mettre mon doigt dans les cavités articulaires du radius et du cubitus. Voilà le signe qui m'a paru pathognomonique.

COMMUNICATION.

Corps fibreux de la matrice expulsé après le travail de l'accouchement.

M. Depaul, au nom de M. le docteur Faliu, fait la communication suivante :

M. le docteur Faliu fut appelé à donner des soins à une dame, âgée de 30 ans, habitant la rue Saint-Honoré. Cette personne était habituellement bien réglée; quoique un peu lymphatique, elle jouissait d'une assez bonne santé.

Cette dame a déjà eu trois grossesses et est accouchée à terme. Les grossesses ont été pénibles; il existait, pendant leur durée, des varices très-développées.

Les dernières règles sont venues du 10 au 15 juillet 1867. Trois mois avant ce quatrième accouchement, on a observé de l'anasarque et de l'ascite, lesquels ont disparu, un mois avant l'accouchement, à la suite d'évacuations d'urine extraordinairement abondantes.

Le 15 avril 1867, cette dame fut prise de quelques douleurs et perdit des glaires.

Le 16, à onze heures du soir, le veritable travail commença; les membranes étaient intactes, elles furent rompues. Quelques instants

après, cette dame accoucha spontanément d'une fille peu volumineuse, mais bien portante.

La délivrance fut facile, et lorsqu'elle fut terminée, M. Faliu introduisit la main dans l'utérus pour extraire des caillots; il trouva alors un corps dur, lisse, glissant, qu'il ne put saisir.

L'absence de tont accident engagea à temporiser.

Les jours suivants, la malade éprouva quelques malaises et expulsa quelques petits caillots. Le toucher fut pratiqué tous les jours, et on constata que le col reprenait sa forme habituelle.

Les lochies étaient fétides; il existait un peu de douleur dans la fosse iliaque droite. Pouls à 80.

Le 20 avril, quatre jours après l'accouchement, sans qu'il y eût eu de douleur vive ni d'hémorrhagie, une tumeur volumineuse fut expulsée.

Cette tumeur était complétement sessile et entière; elle était entourée d'une couche mince de tissu cellulaire, lâche, plus dense dans quelques endroits. Quelques sillons, sans direction régulière, creusaient sa surface.

Cette tumeur, grosse comme le poing, était rougeâtre, un peu aplatie sur ses deux plus grandes faces, plus longue que large. Les deux extrémités sont légèrement arrondies et inégales entre elles : ce serait donc par la forme une espèce de cône tronqué et aplati.

La surface en est lisse et la masse lourde, dure et élastique. Une incision pratiquée sur la tumeur, laissa écouler une petite quantité de liquide transparent, d'un rouge clair et sans onctuosité appréciable.

La tumeur a été présentée à M. Depaul, un certain temps après son expulsion, alors que ses caractères extérieurs étaient déjà notablement modifiés.

M. Depaul se demanda s'il ne s'agissait pas là d'un cas de monstruosité fœtale. En effet, quelques-uns de ces produits sont tellement modifiés, qu'avec Geoffroy Saint-Hilaire on peut résumer ainsi leur organisation : « un sac de peau renfermant très-peu de choses; quelquefois un peu de cartilage, etc. » Ce sont des monstres qui ont été décrits sous le nom d'*Anidiens*. Dans le cas actuel il n'y avait pas de poils sur la tumeur, pas de cordon; on ne trouvait, à l'intérieur, ni tissu osseux, ni tissu cartilagineux; je pensai qu'il n'y avait que l'examen microscopique qui pût trancher la question. Cet examen a été fait par M. Robin, qui a rédigé la note suivante :

« Le produit morbide que m'a fait remettre M. le professeur Depaul, est un corps fibreux type, multilobulé, composé en grande partie de fibres musculaires de la vie végétative, avec cloisons de tissu lami-

neux entre chaque lobe. Avec les fibres musculaires se trouvent associées, comme à l'ordinaire, dans chaque lobe, des fibres de tissu cellulaire ou lamineux, et une certaine quantité de matière amorphe. Ce produit est donc d'origine utérine et non d'origine fœtale. »

M. Robin a reconnu qu'il s'agissait d'un corps fibreux, et s'est trouvé ainsi d'accord avec M. le docteur Faliu, qui avait, dès le début, émis cette opinion.

Cependant, dans ce cas, il y a quelques raisons d'y regarder de près, car les monstruosités du genre de celles dont je parlais sont connues depuis peu de temps. On les observe surtout dans la race bovine.

J'en ai observé un chez la femme. La tumeur était recouverte de peau et de quelques poils. Il existait une sorte d'ombilic, et, dans son intérieur, on trouva quelques fragments osseux et cartilagineux.

Je ferai remarquer que ces faits de corps fibreux, faisant saillie dans la matrice, ne sont pas excessivement rares ; seulement, dans le plus grand nombre de cas, ils sont placés de telle façon qu'ils y restent.

Ici, au contraire, il s'est passé un phénomène très-facile à comprendre ! Ce corps fibreux, développé dans la paroi de la matrice, a pris de l'accroissement pendant la grossesse, et il s'est éliminé tout seul, ou plus probablement son élimination a été favorisée par les manœuvres que notre confrère a pratiquées dans le but de le saisir et de l'extraire.

Je rappellerai les observations relatives a des faits de cette nature, et appartenant au docteur Oldham (1844, Guys Hospital, *Reports* et *Journal de Chirurgie*, 1844); à MM. Moore et Ramsbotham (dans ce cas il s'agissait d'une femme de 30 ans, accouchée depuis trois semaines); à M. Crisp, à M. Guyot, à M. Churchill, à M. Radford. Je rappellerai, enfin, le fait consigné par M. Danyau, dans *Journal de Chirurgie* de 1846. Il s'agissait d'un corps fibreux, inséré sur le col ; sept heures après l'accouchement, M. Danyau en fit la section et la malade guérit.

Dans un cas observé par M. Merrimann, le polype fut lié pendant la grossesse, la guérison eut lieu et l'accouchement se fit un mois après.

M. Tarnier. Ainsi que vient de le dire M. Depaul, ces faits là ne sont pas très-rares. Plusieurs exemples sont relatés dans les ouvrages classiques, et notre collègue, M. Guyon, dans sa thèse d'agrégation, leur a consacré quelques pages.

J'ai observé deux cas semblables à celui dont M. Depaul vient de nous entretenir. Dans l'un des cas, on m'appela pour une hémorrha-

gie et je constatai la présence de plusieurs corps fibreux. Je ne cherchai pas à les énucléer, et quatre ou cinq jours plus tard, le médecin de la malade me fit savoir que deux de ces tumeurs avaient été expulsées.

Chez une autre femme, j'observai une tumeur fibreuse très-grosse, qui pouvait faire craindre pour la régularité de l'accouchement. Quelques jours après l'accouchement la tumeur fibreuse fut rendue spontanément.

Ces tumeurs peuvent donner lieu à des résultats fâcheux. Elles peuvent produire des hémorrhagies, si le placenta est inséré à leur voisinage, parce qu'elles empêchent l'utérus de se rétracter convenablement. J'ai eu un cas de mort par hémorrhagie, dans ces conditions.

Pour corroborer l'opinion de M. Depaul, je dirai que j'ai eu aussi l'occasion d'observer un anide à la suite d'une grossesse gémellaire. Celui-ci pendait par un petit cordon au placenta.

M. Trélat. J'ai observé un fait qui a quelque analogie avec ceux dont nous a entretenu M. Depaul.

Chez une femme, il existait un corps fibreux qui avait été constaté pendant la grossesse et pendant l'accouchement. L'accouchement fut facile et la malade sortit guérie de l'hôpital.

Quinze jours après sa sortie, elle rentrait, et à travers le col qui s'était réouvert on sentait le corps fibreux allongé, ramolli. J'avais l'intention d'opérer, mais le corps fibreux se détacha spontanément, et trois jours après sa chute le col était complétement rétracté.

M. Guéniot. Dans l'une des prochaines séances, je relaterai ici un cas analogue, pour lequel l'opération césarienne était décidée, et cependant l'accouchement s'est terminé facilement.

Je ne crois pas que les corps fibreux se ramollissent autant qu'on l'a dit, pendant la grossesse. Les corps fibreux sous-péritoneaux diminuent très-rarement de consistance sous l'influence de la grossesse, de même que ceux qui étant inclus dans le tissu utérin s'en trouvent cependant isolés par une sorte de bourse séreuse.

Les seuls corps fibreux qui se ramollissent alors sont ceux qui font saillie dans la cavité utérine.

M. Depaul. Je crois qu'au point de vue des accouchements, il faut établir des distinctions entre les corps fibreux. Ceux qui sont isolés du tissu utérin ne se ramollissent pas comme ceux qui sont dans l'épaisseur de ce tissu.

La tumeur que j'ai présentée ici était sans nul doute séparée de la face interne de la matrice par une couche très-mince de tissu utérin. Les manœuvres faites par notre confrère auront facilité la division de

cette couche protectrice et facilité son énucléation ultérieure. La matrice, en se rétractant, a une tendance à faire éclater la couche peu épaisse qui recouvre la tumeur.

Quelquefois on observe des tumeurs pédiculées du côté de la cavité utérine, mais tel n'était pas le cas chez notre malade.

Le ramollissement des tumeurs fibreuses peut être observé, mais il n'existe pas toujours, et dans un cas j'ai été obligé de pratiquer l'opération césarienne, par suite de la présence d'une tumeur fibreuse très-dure.

M. Tarnier. Il est certain qu'il y a des tumeurs fibreuses qui ne se ramollissent pas, mais d'autres se ramollissent de manière à simuler l'existence d'un corps liquide. Dans un cas de ce genre, un médecin croyait à l'existence d'un kyste, tellement le corps fibreux était ramolli.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Enchondrome pur de la parotide.

M. Guyon. La nommée X..., âgée de 17 ans et demi, est entrée à l'hôpital des Cliniques le 8 mai 1868. Cette jeune fille porte à la région postérieure de la face, du côté gauche, une tumeur du volume du poing. Elle avait 10 ans quand elle s'aperçut qu'elle avait derrière l'oreille une petite tumeur de la grosseur d'un pois, dure, et qu'elle pouvait presser sans déterminer aucune douleur. Pendant les quatre ans qui suivirent, elle se développa assez rapidement pour atteindre, à peu de chose près, le volume qu'elle nous présente aujourd'hui. A 14 ans cette jeune fille fut réglée. Dans l'année qui suivit l'apparition des règles, la tumeur qui, jusque-là, n'avait pas été douloureuse, devint, à intervalles assez éloignés, le siége d'élancements qui se faisaient surtout sentir au moment des époques. Aujourd'hui la tumeur mesure 24 centimètres de circonférence. Elle est assez arrondie, ou plutôt un peu ovale, à petite extrémité tournée en haut. Son diamètre transversal est de 13 centimètres. Son diamètre antéro-postérieur est de 12 centimètres en bas, tandis qu'à la partie supérieure il n'atteint que 10 centimètres. Elle est assez régulièrement limitée en avant par le bord antérieur du masséter, en arrière par le bord postérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien. En haut elle soulève le lobule du pavillon de l'oreille et s'arrête au niveau de la paroi inférieure du conduit auditif externe; en bas, elle dépasse de trois centimètres l'os maxillaire inférieur. La tumeur est dure, bosselée, surtout à la partie postérieure et inférieure. Elle ne présente de fluctuation dans aucun point de son

étendue. La peau qui la recouvre n'offre pas de changement de coloration, elle est mobile, non amincie, si ce n'est au niveau des bosselures, où elle est un peu rouge et luisante. On peut imprimer à la tumeur des mouvements assez étendus et en tous sens. Si l'on fait ouvrir la bouche à la malade, on voit une saillie assez considérable qui soulève les piliers du voile du palais. Si l'on abaisse la langue et qu'on tire la tumeur en dehors, on voit que les piliers du voile du palais sont entraînés.

On sent très-bien les battements de la temporale au-dessus de la tumeur. On ne retrouve pas l'artère faciale en avant, mais on la retrouve facilement en bas. La veine jugulaire externe répond à sa partie supérieure et inférieure. Aucun phénomène n'indique la compression du nerf facial. Il n'y a pas de déviation de la bouche quand on fait souffler la malade. Si, au moyen de l'électricité, on cherche à déterminer si le facial occupe la superficie de la tumeur, on obtient un résultat négatif. Le muscle sterno-mastoïdien est mobile sous elle. Aucun trouble dans l'œil gauche, aucune altération de la voix. L'audition s'opère normalement, c'est à peine si la malade a quelquefois des bourdonnements d'oreille.

Le 25 mai on pratiqua l'ablation de la tumeur. La malade est chloroformée. Une incision partant de l'apophyse zygomatique en avant est conduite à deux centimètres au-dessous du lobule. Une seconde incision est faite du bord inférieur de l'apophyse mastoïde à l'extrémité de la première ; de leur point de réunion on abaisse une incision verticale jusqu'au dessous des limites inférieures de la tumeur. Tous les tissus qui recouvrent celle-ci sont divisés de façon à disséquer sur la tumeur elle-même. Aucun vaisseau important n'est lésé. On n'a à faire que deux ligatures sur des artérioles situées au-dessous du lobule. La tumeur se laisse facilement énucléer par la spatule et le manche du bistouri. Elle ne présentait avec les parties environnantes que des adhérences celluleuses très-lâches.

On réunit la partie supérieure de l'incision par plusieurs points de suture. On a laissé environ deux centimètres non réunis à la partie inférieure.

Dans la journée aucune hémorrhagie n'a eu lieu. Le soir, la malade avait de la fièvre. Le thermomètre placé sous l'aisselle marquait 38°,8. Le pouls était à 120.

Pendant les jours suivants, l'état fébrile persiste. La suppuration de la plaie est de bonne nature. On renouvelle chaque soir et chaque matin le pansement avec le linge cératé. La température reste jusqu'au 29 à 38°,4 le soir. Le 29, on enlève les fils, que l'on retire secs, et

saus qu'ils aient déterminé autour d'eux de suppuration. Le 30 mai, on s'aperçoit, en faisant le pansement du matin, que les bords de l'incision sont, à la partie inférieure, au niveau où l'on n'avait pas fait de suture, un peu grisâtres. On abandonne le pansement du linge cératé et on le remplace par la charpie imbibée d'alcool. L'état fébrile va du reste en diminuant. Le thermomètre ne marque plus le soir que 38° et le pouls ne s'élève pas au-delà de 104 pulsations.

Le 31. La malade souffre un peu au niveau de la plaie et dans l'épaule du côté malade. L'enduit grisâtre qui recouvrait les bords de l'incision a disparu et a laissé une surface saignant assez facilement. On substitue à l'alcool un cataplasme recouvert de taffetas gommé. La température, qui les matins précédents ne s'élevait pas au-dessus de 37°,6, est ce matin de 38°,4, et le pouls donne 112 pulsations.

Le soir, les douleurs ont disparu. L'état fébrile s'est apaisé, et le thermomètre ne monte plus qu'à 37°,3.

Pendant les jours qui suivent, la malade continue à aller de mieux en mieux, la température suit une marche décroissante, la plaie fournit une suppuration peu abondante et de bonne nature. Et *aujourd'hui, 3 juin*, le thermomètre ne marque que 37° et le pouls ne donne que 88 pulsations. La plaie est en bonne voie de cicatrisation. Les fils à ligature ne sont pas encore tombés.

Examen de la tumeur. — La tumeur se présente sous la forme d'un gros tubercule sphéroïde, mesurant dans son grand diamètre 7 centimètres, et dans sa largeur la plus grande, 6 cent. 5, et en épaisseur, 5 cent. A la surface, qui est lisse et résistante, se voient des saillies arrondies hémisphériques, d'un volume variable entre celui d'un pois et d'une grosse noisette. Ces saillies proéminent sous forme de demi-sphères et déterminent la forme sphéroïdale de la tumeur.

Elles correspondent aux saillies senties sous la peau et sont peu prononcées, aplaties même vers les faces profondes de la tumeur.

La face externe de la tumeur est lisse, nettement circonscrite, et se présente comme une sorte de coque résistante et dure comme du cartilage, et en bien des points comme du tissu osseux.

On ne trouve pas à la surface de tractus de tissu cellulaire bien appréciable ; à peine en quelques points pourrait-on séparer de fines lames de ce tissu restées adhérentes à la surface.

La tumeur est résistante à la coupe, surtout lorsqu'on incise la périphérie. Une coupe longitudinale montre l'aspect général de cette tumeur. On voit deux surfaces qui, par leur translucidité, leur coloration bleuâtre, à reflets grisâtres, rappellent l'aspect de la porcelaine fine. En quelques points, à la périphérie, la tumeur est légèrement

rosée. Enfin, à un examen plus minutieux, il semble que la tumeur soit composée par une série de petites tumeurs dont la coupe apparaît sur la coupe générale comme des cercles finement tracés et qui semblent un peu plus mats que les parties voisines. Il n'y a pas d'écoulement de suc; mais à la pression on peut faire suinter quelques gouttes d'un liquide transparent, un peu visqueux. A la palpation, à la pression, la tumeur présente une dureté, une résistance cartilagineuse; elle est élastique, se laisse très-difficilement déprimer et présente une dureté plus prononcée dans les points durs périphériques.

Ajoutons que chaque moitié de la tumeur est translucide et laisse passer la lumière; sur deux ou trois des bosselures, la consistance est moindre et plutôt fibro-cartilagineuse, et même mollasse, en même temps qu'à la section, il s'écoule un liquide visqueux et colloïde.

Sur des coupes plus fines on retrouve les caractères de translucidité, d'élasticité, de résistance qui, à l'œil, me permettaient de considérer la tumeur comme un enchondrôme vrai.

L'examen au microscope a montré des variations dans la composition de la tumeur, suivant les parties considérées. Dans le centre, on retrouve, dans un grand nombre de points, la structure d'un cartilage vrai, c'est-à-dire substance fondamentale présentant de la translucidité, résistante à la pression, finement granulée en certains points, légèrement striée en d'autres, et entourant un grand nombre de chondroplastes. Ces chondroplastes rappellent surtout par leur forme et leur disposition les chondroplastes de la périphérie des cartilages articulaires chez les fœtus à terme, c'est-à-dire qu'ils sont en général allongés ou triangulaires, ou en forme de marteau, renfermant une cellule de cartilage, quelquefois deux, rarement trois, souvent avec un noyau, souvent renfermant des granulations graisseuses. On trouve en outre une grande quantité de chondroplastes tout à fait analogues à ceux des cartilages articulaires vrais, c'est-à-dire arrondis ou ovoïdes, renfermant deux, trois et même quatre cellules de cartilages à noyau, ou avec granulations. Ces éléments du cartilage se rencontrent dans les diverses parties de la tumeur; mais avec eux on trouve à la périphérie de ces masses arrondies et difficiles à distinguer les unes des autres qui constituent la tumeur, des éléments un peu différents. En effet, à la périphérie de ces îlots, la substance fondamentale restant hyaline, élastique, les chondroplastes sont plus allongés et présentent des espaces anastomosés, étoilés, renfermant une ou plusieurs cellules, et qui représentent une des périodes d'évolution des chondroplastes, telles qu'on en observe dans les fibro-cartilages inter-articulaires, ou plutôt dans les cartilages de certains poissons; et enfin, dans

les parties les plus périphériques, la substance fondamentale elle-même prend un aspect strié; mais là encore, à côté de cavités étoilées anastomosées, on retrouve des chondroplastes véritables.

Les portions dures de la périphérie montrent de fines lamelles osseuses dans lesquelles on voit nettement une grande quantité d'ostéoplastes.

En résumé, l'abondance de tissu cartilagineux vrai, à côté de tissu cartilagineux en voie de formation, l'enveloppe lisse, la forme et la délimitation nette de la tumeur permettent de la considérer comme un enchondrôme vrai, bien que dans certaines parties on ne retrouve que du tissu se rapprochant des fibro cartilages inter-articulaires.

Une portion du tissu, qui a été incisée avant d'arriver sur la tumeur et qui adhérait à l'enveloppe fibreuse, au milieu de laquelle la tumeur était comme encapsulée, a été examinée au microscope. Il a été facile d'y retrouver les acini de la parotide, mais un grand nombre d'entre eux étaient atrophiés, comprimés et remplis de granulations graisseuses, ou même comblés par une grosse gouttelette de graisse fluide. Dans un certain nombre d'acini on retrouvait nettement l'épithélium polygonal, à angles arrondis à la périphérie, et sphérique vers le centre des acini, à peu près comme on le trouve à l'état normal. L'enchondrôme s'était donc développé dans la parotide même.

PRÉSENTATION DE PIÈCES DE PANSEMENT.

M. Demarquay présente de la part d'un industriel de Roubaix des échantillons de tissus de charpie.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 3 JUIN 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— Le *Bulletin de thérapeutique*. — Les *Archives générales de médecine*, numéro de juin.

— La *Gazette médicale de Strasbourg*. — *Le Sud médical*.

— *A report ou Amputations ot the Hip-Joint in military surgery*. Circular nº 7. — Envoyé par M. Barnes, chirurgien général de l'armée américaine. — Avec de nombreuses figures et planches.

— *De l'asthénopie*, par le docteur A.-L. Roulet.

— M. le doyen de la Faculté de Strasbourg adresse à la Société les *Thèses qui ont été passées devant cette Faculté, de mars à décembre* 1867. Avec deux tables chronologiques.

— Une lettre de M. Paulet, qui se porte candidat à la place de membre titulaire vacante dans la Société.

DISCUSSION.

Luxations du poignet.

— M. MARJOLIN. Je n'aurais pas pris la parole dans cette discussion sans l'appel, en quelque sorte direct, qui m'a été fait par notre collègue M. Guyon, attendu que je suis d'avance bien convaincu que, malgré des faits bien observés, beaucoup de chirurgiens ne veulent pas admettre qu'il puisse y avoir de luxation du poignet sans fracture.

En cela, ils vont bien plus loin que Dupuytren, qui, au lieu de nier cette possibilité, s'était borné à insister sur la fréquence des erreurs de diagnostic et à dire qu'il n'en avait jamais observé, et que tous ces prétendus faits de luxation du poignet qui lui avaient été présentés n'étaient autres que des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Maintenant, dire que, pour être certain de l'existence d'une véritable luxation du poignet, il faille l'autopsie, et ne tenir compte de cette preuve qu'à la condition que les tissus n'aient pas été modifiés par la suppuration, c'est, je crois, se montrer par trop exigeant.

Je ne tiens pas, du reste, à changer des convictions qui, un jour ou l'autre, peuvent être modifiées par un fait sans réplique; je crois seulement que ces luxations du poignet sans fracture sont possibles, mais qu'elles sont d'une excessive rareté.

Quant aux faits que j'ai observés, les voici; il y en a quatre : deux avec autopsie, le premier sans fracture, le second compliqué de fracture; les deux autres, de date plus récente, et dont, fort heureusement pour ces malades, le diagnostic n'est pas entouré de toutes les preuves exigées, c'est-à-dire l'autopsie, m'ont paru sans fracture.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un garçon de bains qui, dans une chute, avait eu le poignet meurtri par la roue de sa voiture. Ici donc, il pouvait y avoir deux causes réunies : la chute et la contusion directe. La luxation avait été bien reconnue par MM. Laugier et mon père, et facilement réduite. A la suite de cet accident, il survint un phlegmon de la main et de l'avant-bras; le malade mourut, et à l'autopsie, on trouva, à la vérité, une altération des ligaments, augmentée par la suppuration, mais les os de l'avant-bras étaient intacts.

Dans le second cas, où il y a eu autopsie, il y avait, outre la luxation en avant du poignet, une fracture de l'extrémité inférieure du radius. C'est en 1837 que j'eus occasion d'observer ce fait, étant interne chez M. Martin Solon : le malade était un homme âgé, qui avait été amené pour une congestion cérébrale, à laquelle il succomba. Son fils nous raconta que, plusieurs mois auparavant, il était tombé dans un escalier, et que tout le poids du corps avait porté sur les mains. Le traitement consécutif avait été à peu près nul, et le blessé avait continué à se servir tant bien que mal de sa main. Au premier examen, malgré la difformité excessive de la main et du poignet, il était facile de reconnaître tous les signes de la luxation du poignet en avant; mais à l'autopsie, il fut évident que, s'il existait une luxation, il existait aussi une fracture de la partie antérieure du radius, et que, tout au pourtour du fragment, il s'était produit des végétations osseuses, ce qui contribuait à augmenter la difformité du poignet.

Les deux autres cas que j'ai observés plus récemment n'ont pas eu, je le répète, la preuve exigée, c'est-à-dire l'autopsie; mais je crois qu'il n'y a pas eu de fracture.

Le premier des deux malades chez lequel j'ai observé la luxation était un jeune ouvrier peintre qui, en tombant d'une échelle, eut la main et l'avant-bras pris entre deux échelons; la luxation se réduisait facilement et se reproduisait de même; aussi, je dus traiter le malade comme s'il s'agissait d'une fracture : malheureusement, je ne pus pas faire mouler l'avant-bras.

Dans le dernier cas, dont je vous présente le moule, l'accident est arrivé chez un garçon de 12 ans et demi, assez grand, employé chez un apprêteur d'étoffes. En courant le matin sur le quai, son pied avait été pris dans un trou, et tout le poids du corps avait porté, dans la chute, sur la paume de la main droite.

L'accident était arrivé à sept heures du matin. A neuf heures, le blessé était amené à l'hôpital, et comme à ce moment il n'y avait pas encore de gonflement, on pouvait parfaitement sentir à la face dorsale et inférieure de l'avant-bras, la rangée des os du carpe, tandis que l'extrémité des os de l'avant-bras était très-saillante en avant, ce qui permettait de sentir très-nettement presque toute la surface articulaire du radius. A ce moment, les doigts étaient légèrement fléchis, et il n'y avait pas la moindre inclinaison latérale de la main sur le côté radial. On pouvait imprimer quelques mouvements de latéralité à la main ou d'avant en arrière; quant à l'extension des doigts, elle était difficile.

Avant la réduction, la mensuration donnait le résultat suivant : des deux côtés, du sommet de l'olécrâne à l'extrémité inférieure du cubitus, 0,22.

Du sommet de la convexité de la rangée des os du carpe à l'extrémité supérieure du radius du côté malade, 0,18; du côté sain, 0,21.

En l'absence de toute mobilité et de toute crépitation, tout du long du radius et du cubitus, et avec les différences de longueur signalées, je ne pouvais admettre que deux hypothèses : ou un arrachement épiphysaire, ou une luxation.

Pour ce qui est de l'arrachement des épiphyses, comme il est excessivement rare d'une part, et que, lorsque cette lésion existe, il y a, outre la crépitation causée par la séparation des parties osseuses, presque toujours des lésions graves des parties molles et difficulté de la réduction, comme dans les fractures par enclavement; j'abandonnai entièrement cette idée et j'adoptai celle d'une luxation du poignet en arrière.

Je prévois bien toutes les objections qui me seront faites à l'inspection de ce moule, qui ne put être fait que douze heures après l'accident, alors qu'il existait déjà un gonflement plus marqué que le matin; on me dira que c'est exactement la même configuration que dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius; je n'en disconviens pas, et je me contente de répondre que si chacun avait pu, au moment même de l'accident, se rendre compte de l'état des parties par un examen attentif, mon opinion aurait plus de partisans.

Les retards que me firent éprouver les mouleurs m'empêchèrent de

procéder de suite à la réduction : elle fut opérée le lendemain matin, vingt-quatre heures après l'accident, en présence des internes de l'hôpital. La réduction fut très-facile. Le bras et l'avant-bras étant fixés, il me suffit, pendant qu'un aide tirait sur la main, de repousser un peu en avant le carpe pendant que je relevais l'extrémité inférieure de l'os de l'avant-bras; à ce moment, j'éprouvais non pas la sensation d'une crépitation de fracture, mais une sensation analogue à celle que l'on perçoit dans toute luxation réduite, avec cette différence qu'elle était moins forte.

Dès ce moment, non-seulement la déformation du poignet avait entièrement disparu, mais en recommençant les mêmes mensurations faites avant la réduction, je trouvai des deux côtés, à un demi-centimètre près, exactement la même mesure.

Afin de prévenir le retour de la luxation et d'immobiliser l'articulation dont les ligaments avaient dû être fortement distendus, je plaçai par-dessous le cataplasme froid qui entourait l'avant-bras une attelle, et je continuai ce pansement quelques jours pour éviter les accidents inflammatoires.

Maintenant, je n'ajouterai qu'un mot : je crois que, lors de la présentation du moule faite par M. Guyon, M. Sée a dit que, dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, la main n'est pas habituellement inclinée du côté radial; ce déplacement peut, à la vérité, ne pas se rencontrer toujours, mais il est si fréquent, que c'est pour y remédier que Dupuytren, Blandin et M. Laugier ont imaginé des attelles très-utiles pour combattre cette position vicieuse.

M. Chassaignac. Je mets sous vos yeux une pièce fort importante relativement à la question des luxations du poignet. Hier, on m'a amené un enfant chez lequel le radius et le cubitus avaient fait issue à travers la peau; la réduction a été impossible, et j'ai dû pratiquer la résection des deux extrémités articulaires. Tout le monde croyait avec moi à l'existence d'une luxation, car l'on voyait les surfaces à nu. Lorsque j'ai examiné minutieusement la pièce anatomo-pathologique, j'ai trouvé le cartilage intact au niveau du cubitus; mais au niveau du radius, il existait un décollement épiphysaire. Une couche très-mince de la surface inférieure du radius etait restée accollée au carpe.

L'on voit, par cet exemple, combien il est difficile d'affirmer que l'on a sous les yeux une luxation pure du poignet.

M. Forget. On peut considérer le fait très-curieux présenté par M. Chassaignac, comme un pas fait vers la démonstration de la réalité de la luxation.

La pièce de M. Chassaignac est une pièce à part, très-rare. En l'examinant, il ne me paraît pas difficile de comprendre l'existence de la véritable luxation. Entre celle-ci et le fait actuel, il n'y a que l'épaisseur d'un cartilage.

M. Boinet. Le fait de M. Laugier rappelé par M. Marjolin ne doit pas être considéré comme un fait de luxation pure. Dans ce cas, en effet, il y avait des abcès dans le voisinage de l'articulation; les ligaments n'étaient pas intacts, ils étaient usés. Ce n'est pas là évidemment un fait probant.

Dans le deuxième fait rappelé par notre confrère, il existait des lésions osseuses. Quant au quatrième fait, celui dont on nous a mis le moule sous les yeux, il me paraît très-favorable au diagnostic d'une fracture des deux os de l'avant-bras. M. Guyon nous dit qu'une preuve évidente de la luxation réside dans la guérison rapide du malade. Ce malade serait sorti guéri au bout de dix jours. Eh bien! d'autres observateurs, Keisser, par exemple, virent au contraire la preuve de l'existence d'une luxation dans la persistance, après vingt jours et plus, d'une mobilité anormale.

Je me résume en disant que la démonstration des luxations pures du poignet ne me paraît pas encore donnée.

M. Trélat. Le moule qui nous a été présenté par M. Marjolin témoigne de l'existence probable d'une fracture de l'extrémité inférieure du cubitus et, à coup sûr, de celle d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Au niveau de la partie antérieure de l'avant-bras, il existe une saillie correspondant assurément à une saillie du radius, mais non à son bord articulaire.

COMMUNICATION.

Observation de grenouillette aiguë. — M. Georges Bouchard, interne à l'hôpital Necker, communique une observation de grenouillette aiguë. (Commissaire : M. Forget).

PRÉSENTATION DE PIÈCE AVEC OBSERVATION.

M. Paulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, présente une pièce anatomique et remet une observation intitulée :

Exostose du corps et de la branche descendante du pubis. — Opération. — Guérison. — Mort accidentelle du malade trois ans et demi après l'opération. — Fracture incomplète du bassin et récidive de l'exostose.

Commissaires : MM. de Saint-Germain, Dolbeau, Tillaux.

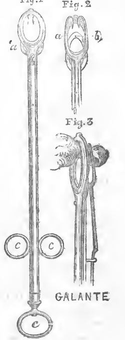
M. Chassaignac. M. Paulet a dit que l'on était resté dans l'incertitude pour savoir si la tumeur pénétrait dans le bassin. Le toucher par le rectum eût pu éclairer sur ce point.

M. Paulet. Le toucher par le rectum a été pratiqué et n'a pas donné de résultat positif.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. le docteur Martin, médecin-major, présente à la Société un instrument qu'il a fait construire chez M. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie.

Avec cet instrument, il se propose de sectionner la luette rapidement, et avec une parfaite sécurité. Contrairement à ce qui a lieu dans l'amygdalotome, la lame agit d'avant en arrière, et la fourchette d'arrière en avant. Cette modification a pour effet d'éviter la propulsion de la luette vers le pharynx, comme cela arriverait si on faisait usage d'une fourchette agissant d'avant en arrière.



Cet instrument se compose :

1° De deux tiges d'acier accolées l'une à l'autre par un pivot, et terminées, à l'une de leurs extrémités, par une lunette de forme ovoïde, dans laquelle s'introduit l'ovule qu'on veut exciser;

2° D'une lame *b*, *a*, tranchant convexe agissant d'avant en arrière, au moyen de l'anneau *c* ;

3° D'une fourchette à dents recourbées, avec laquelle on embroche l'ovule avant la section, en opérant une traction sur les anneaux *c*, *c*.

Cet instrument fonctionne de la même manière que l'amygdalotome, c'est-à-dire à l'aide d'une seule main; il est construit de telle façon, que la lame *b* ne peut agir que lorsque la fourchette a préalablement embroché l'ovule, afin d'empêcher celle-ci de tomber dans le larynx.

La fig. 1 représente l'instrument à l'état de repos.

La fig. 3 le représente fonctionnant.

Pour armer l'instrument, on introduit le pouce dans le grand

anneau *c*, l'annulaire et le médius dans les deux anneaux *c*, *c*, et par un mouvement du pouce en arrière, la lunette se trouve dégagée. La fourchette étant repoussée en avant, la lame en arrière, on porte l'instrument sur la luette, et par un mouvement en sens inverse, l'opération se trouve terminée.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire : Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 10 JUIN 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

— L'*Art dentaire*. — La *Revue médicale de Toulouse*. — Le *Montpellier médical*.

— M. Bouvier, membre honoraire, adresse un exemplaire du travail qu'il a communiqué à l'Académie de médecine, sous ce titre : *De l'École de Santé et de Pinel.*

— M. le docteur J.-C. Loureiro envoie deux brochures : *Relation du congrès périodique international d'ophthalmologie tenu à Paris en 1867* (en portugais). — *Influence du tabac à fumer sur les maladies des yeux.*

— M. Guéniot présente, de la part de M. le docteur Cousin, un volume intitulé : *Études otiatriques, Traitement des maladies de l'oreille.*

— M. Lefort dépose sur le bureau, au nom de M. Lejeal, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Valenciennes, un volume de *Mélanges de chirurgie.*

— M. le professeur Gross, du Collége médical de Jefferson à Philadelphie, adresse : *Memoir of Valentine Mott* (Notice sur la vie et les travaux de V. Mott). — *Quatre cas d'ankylose osseuse angulaire du genou traités par la perforation intra-articulaire sous-cutanée et la rupture.*

COMMUNICATION.

Des corps fibreux et des polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et après l'accouchement.

M. Forget lit le travail suivant :

La communication qui a été faite dans notre avant-dernière séance par M. Depaul, d'une observation de M. le docteur Faliu qui met en évidence la coexistence d'une grossesse arrivée à terme et d'un corps fibreux spontanément expulsé quatre jours après l'accouchement, cette communication soulève un point de chirurgie obstétricale auquel se rattachent en pratique des questions importantes d'une solution souvent difficile.

C'est à ce titre que le sujet dont il s'agit m'a paru mériter de fixer quelques instants votre attention. Mais tout d'abord, pour expliquer mon intervention en cette matière, je rappellerai que dès 1846, après avoir eu l'occasion, pendant mon prosectorat à la clinique du professeur Lisfranc, d'observer un très-grand nombre de fibromes de l'utérus, j'avais remarqué depuis longtemps qu'il existait une lacune dans l'histoire générale de ces tumeurs, presque exclusivement considérées par les auteurs dans les conditions physiologiques ordinaires de la matrice, c'est-à-dire dans l'état de vacuité de ce viscère.

J'avais dès lors pensé à ajouter à la pathologie utérine un chapitre nouveau qui comprit une vue d'ensemble des tumeurs fibreuses compliquant la grossesse, et dans ce but, j'ai publié, dans le numéro d'avril 1846 du *Bulletin général de thérapeutique* dont j'étais alors collaborateur, un travail qui a pour titre : *Recherches sur les corps fibreux et les polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et après l'accouchement.*

Je sais, Messieurs, avec quelle discrétion et quelle retenue il convient toujours de mettre en jeu sa personnalité et ses propres œuvres, et si je me suis décidé à prendre la parole dans le cas actuel, c'est parce que, à en juger par le silence de mes collègues à l'endroit de mon travail, il m'a semblé qu'ils ne le connaissaient pas ; et parce que d'autre part, je crois, ne serait-ce qu'à titre de renseignement, qu'il peut être avantageusement consulté.

Quelles sont donc les questions que soulève la présence des productions fibreuses compliquant l'état de grossesse?... Tel est le problème qu'il m'a paru convenable de me poser tout d'abord.

Ces questions sont complexes : les unes relatives à l'influence réciproque de ces néoplasmes sur la grossesse, et de celle-ci sur ceux-là ;

les autres au rôle que ces fibromes peuvent jouer comme cause de dystocie au moment de l'accouchement, et d'accidents ultérieurs soit primitifs soit consécutifs ; enfin un troisième point qui s'y rattache intimement est relatif à la conduite que doit tenir le chirurgien, et à l'opportunité de son intervention immédiate ou tardive dans un semblable cas pathologique.

Pour répondre aux diverses questions de ce programme, il m'a paru nécessaire de se placer en présence des variétés anatomiques et des différences de forme, de volume et de nombre, avec lesquelles ces tumeurs se sont produites dans le champ de l'observation.

Or, l'expérience a démontré qu'on peut les rencontrer sous trois états distincts pendant la grossesse :

1° Enveloppées par le tissu utérin, enkystées pour ainsi dire dans son épaisseur, ces tumeurs constituent les corps fibreux interstitiels ;

2° En connexité avec l'utérus d'une façon médiate, au moyen du péritoine qui les revêt de toutes parts, et leur forme une sorte de pédicule membraneux à la surface de cet organe ; ces tumeurs, presque toujours indépendantes du tissu utérin sous cette forme particulière, peuvent être considérées comme une sorte de polypes sous-péritonéaux ;

3° En connexité immédiate et directe avec la matrice, par un pédicule de longueur variable, continu au tissu utérin lui-même ; le néoplasme n'est autre alors que le polype proprement dit.

Il convient encore d'ajouter que le fibrome peut être solitaire ou multiple ;

Qu'il occupe tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, le fond de l'utérus, tantôt un des points rapprochés de la zone cervico-utérine ;

Qu'enfin il peut être vaginal ou utéro-vaginal.

Je m'occuperai des corps fibreux.

Corps fibreux. — Lorsqu'un corps fibreux préexiste à la grossesse, l'effet le plus constant de celle-ci c'est d'en accroître la vitalité, d'en augmenter le volume, et d'en hâter le progrès ultérieur après l'accouchement. Voici deux exemples qui le prouvent.

Observations. — Une dame, chez laquelle j'avais constaté après plusieurs autres chirurgiens consultés par elle, la présence d'une tumeur volumineuse, arrondie, dure, accessible au toucher par le rectum, occupant la paroi postérieure de l'utérus, et considérée par tous, comme étant de nature fibreuse, devint trois fois enceinte ; la grossesse suivit sa phase régulièremeut; le dernier accouchement a été laborieux et fut suivi d'une hémorrhagie inquiétante. Après chaque accouchement, la tumeur fibreuse augmenta de volume, depuis le dernier surtout,

elle prit un accroissement notable; le ventre resta développé, la marche devint pénible, et cette dame était obligée de garder presque complétement la position horizontale sur une chaise longue. Cette malade, qui est morte depuis plusieurs années et que j'ai suivie depuis sa dernière couche, a succombé dans un état d'anémie profonde, avec les jambes infiltrées et une hydropisie abdominale. La saillie considérable du corps fibreux dans l'excavation pelvienne, exerçait sur le rectum une pression telle que les garde-robes étaient extrêmement pénibles; plusieurs fois je me trouvai dans la nécessité d'obvier à la rétention des matières fécales en allant les extraire au-dessus de l'obstacle à leur passage.

Une autre femme, âgée de 40 ans, réclama mes soins pour une hydropisie ascite qui, dans l'espace de deux années, rendit nécessaire huit fois l'opération de la paracentèse. L'affaissement des parois abdominales après l'évacuation du liquide, permettait d'arriver sur la paroi de l'utérus qui présentait un développement tel que cet organe dépassait l'ombilic. Cette élévation apparente était due à plusieurs tumeurs fibreuses, dont une avait un volume énorme. Cette tumeur, qui faisait corps avec l'utérus, l'entraînait dans tous les mouvements qu'on lui imprimait.

La malade s'aperçut de la présence de ce fibrome à la suite d'une grossesse, survenue six ans auparavant; jusque-là elle s'était bien portée. L'accouchement, qui eut lieu à terme, fut suivi d'une métrorrhagie grave, qui se prolongea à des degrés divers pendant plusieurs semaines. Le ventre, depuis cette époque, resta volumineux, et les règles parurent chaque mois sous forme de perte. L'existence des tumeurs fibreuses, qui fut alors constatée, permit d'en suivre l'évolution qui eut lieu avec une grande rapidité. Cette malade, dont la santé n'avait pas souffert jusqu'à sa dernière grossesse, quitta Paris après quatre ans, pendant lesquels je lui donnai des soins. Elle était dans un état déplorable; elle a succombé depuis aux suites de son affection.

La vascularisation des corps et des polypes fibreux intra-utérins pendant la grossesse est un fait généralement admis. Il s'explique par l'excès de mouvement nutritif dont l'utérus est le siége pendant la gestation, et auquel participent nécessairement les produits anatomo-pathologiques qui lui sont annexés. Ces conditions physiologiques dans lesquelles se trouve l'utérus gravide, rendent en outre raison de l'accroissement de ces produits pendant la grossesse, et leur progrès rapide après l'accouchement.

L'examen anatomique de quelques-uns de ces corps fibreux m'a

paru démontrer que la vascularisation qu'elles doivent au développement de la circulation utérine, ne change pas toujours sensiblement la composition intime de leur tissu; un peu plus mou, plus humide, quelquefois assez friable, il ne présente pas en général dans son épaisseur une organisation vasculaire suffisante à rendre raison des hémorrhagies consécutives à l'accouchement. C'est dans leur enveloppe corticale, formée par le tissu utérin lui-même, que la vascularisation est apparente; c'est dans le prolongement du tissu musculaire qui fixe et relie ces fibromes à la matrice que j'ai eu occasion d'observer l'existence de vaisseaux d'un certain calibre, pouvant expliquer les pertes sanguines abondantes qui suivent la sortie du fœtus et la délivrance.

Il y a longtemps que Lisfranc a appelé l'attention sur cette particularité anatomique de la constitution des tumeurs fibreuses, et notamment des polypes. Il fit observer qu'à l'époque des règles, on voit couler de la surface de certains polypes des gouttelettes de sang, et que, pour peu que cet écoulement qui se fait en nappe devienne trop abondant, il lui a suffi souvent, dans ces cas, de cautériser la surface du corps étranger pour le faire cesser. Or il est facile de comprendre qu'une semblable disposition, à la suite de la grossesse, se trouve singulièrement exagérée, et que les contractions de la matrice, s'exerçant sur un corps fibreux volumineux qui s'oppose au retrait du tissu utérin sur lui-même dans les points qu'il occupe, aient pour effet de produire une hémorrhagie grave. C'est dans cette catégorie de faits que se placent ceux que Chaussier a mis sous les yeux de la Société de médecine de Paris, et qui sont cités par Desormeaux et P. Dubois dans l'article *Dystocie* du « Dictionnaire de médecine, ou Répertoire général des sciences médicales ». Chaussier les avait recueillis sur des femmes mortes à la Maternité à la suite d'accouchements laborieux, chez lesquelles des corps fibreux multiples occupaient toute l'étendue d'une des parois de l'utérus. La mort avait été produite par des hémorrhagies qu'on n'avait pu arrêter.

J'ai rapporté moi-même un cas analogue qui se trouve mentionné dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 12, décembre 1844. Le docteur Brulatour, à qui on le doit, dit avoir assisté à l'autopsie d'une femme dont l'utérus contenait quinze corps fibreux interstitiels. La mort eut également lieu par hémorrhagie.

En supposant les cas les plus favorables, celui de l'existence d'un seul corps fibreux éliminé spontanément par les contractions de l'utérus, à la suite de l'accouchement, ainsi que cela eu lieu pour la malade de M. le docteur Faliu, dont M. Depaul a entretenu la Société

de chirurgie, on se trouve toujours dans des conditions qui font que l'hémorrhagie est encore fort à craindre.

L'élimination d'un tel fibrôme, en effet, ne peut s'effectuer que par une véritable énucléation qui le dégage de l'épaisseur de la paroi utérine où il est inclus; or, cette opération naturelle ne se conçoit pas, sans qu'elle produise, dans le tissu utérin, un véritable traumatisme dû à la lésion des fibres musculaires rompues, qui, pour livrer passage au corps enkysté, ont dû subir une déchirure partielle plus ou moins étendue, qui est une cause d'hémorrhagie.

Il est, dans l'histoire des fibrômes utérins, un point encore obscur, quoique depuis longtemps controversé : c'est celui qui a trait à l'inflammation de ces productions morbides et à la suppuration qui en serait la conséquence.

Bayle admettait que les polypes pouvaient s'enflammer. Lisfranc affirme avoir vu plusieurs exemples d'abcès développés dans leur épaisseur. Le même journal de Bordeaux que je viens de citer renferme un fait qui met en évidence ce travail pathologique survenu à la suite d'un accouchement.

Le docteur Barnetche a mis sous les yeux de la Société de médecine de Bordeaux l'utérus d'une femme décédée à la Maternité, quarante-huit heures après un accouchement des plus difficiles qui avait nécessité la version à la suite d'un travail qui durait depuis plus de six jours. Cette matrice énorme présentait trois tumeurs fibreuses de volume inégal à ses parties supérieures et latérales. L'incision de la tumeur la plus élevée donna lieu à un écoulement de pus sanieux, mélangé d'une espèce de détritus formé par le tissu utérin, dans l'épaisseur duquel la tumeur s'était développée : l'auteur dit qu'il n'a trouvé aucune trace de phlébite utérine et que, pour lui, la mort a été causée par une métrite aiguë compliquée d'un ulcère développé solidairement dans l'épaisseur d'un des corps fibreux dont l'existence, pendant la grossesse, n'avait pas été reconnue.

En parlant de la vascularité des productions fibreuses de la matrice à la suite de la gestation, j'ai fait remarquer précédemment, et la tumeur présentée par M. Depaul dans la séance dernière en est la preuve, que le tissu fibreux lui-même n'est pas sensiblement modifié dans son aspect, sa consistance et sa composition, et que c'est dans le tissu utérin, qui embrasse la périphérie, que réside la source de l'hémorrhagie. Il y a des exceptions à ce fait anatomique, comme le démontre celui qui suit.

Observation. — J'ai été, pendant plusieurs années, appelé à donner des soins à une dame qui, huit jours après un accouchement pratiqué

par Hutin, et à la suite duquel le placenta avait été extrait entier, sans aucune déchirure, présenta des pertes abondantes. Lisfranc fut appelé. Le toucher vaginal lui permit de constater l'existence d'un polype formant, au-dessous du col, une légère saillie arrondie. La tumeur remontait dans l'utérus à une hauteur qu'il ne fut pas facile de préciser. Une ligature fut portée, à grand' peine, à une profondeur qui fit croire à Lisfranc qu'il était arrivé jusqu'au fond de l'utérus.

L'hémorrhagie cessa, et le polype, dont le lien constricteur fut resserré chaque jour, s'engagea dans le vagin à la fin du quatrième jour, après des efforts d'expulsion très-douloureux, comme si, dit la malade, un nouvel accouchement avait eu lieu. Ce polype, de consistance molle, d'un tissu rouge-brun, très-friable par endroits, offrait dans son épaisseur des tractus vasculaires sous forme de linéaments et de vacuoles des plus apparents.

Lisfranc, dans ses leçons, insistait particulièrement sur cette variété de polypes fibreux dont la structure particulière rend raison des aptitudes hémorrhagiques qui leur sont propres et qui, comme complication de la grossesse, les rendent on ne peut plus redoutables.

Au nombres des accidents imputés à la présence des tumeurs fibreuses compliquant la grossesse, on a cité l'avortement, la rupture et l'inversion de la matrice.

A en juger par les observations nombreuses qui prouvent que, nonobstant la préexistence d'un corps fibreux à la grossesse, celle-ci peut suivre son cours régulier jusqu'à terme, l'avortement provoqué par le corps étranger serait une exception.

On peut en dire autant de la rupture des parois utérines qui, dans les cas de corps fibreux multiples que j'ai cités, n'ont pas plus déterminé ce grave accident qu'ils n'ont enrayé l'évolution normale de la grossesse.

Si la rupture de l'utérus est en effet à redouter, c'est bien sans contredit lorsque toute une paroi de l'utérus est envahie par ces fibrômes, comme cela existait dans les exemples rapportés par Chaussier et dans celui que j'ai emprunté au *Journal de médecine de Bordeaux*. L'ampliation de la cavité utérine, ne pouvant alors s'effectuer que par la dilatation extrême de la portion des parois de l'organe restée saine, celle qui est le siége de ces tumeurs ne pouvant s'y prêter que dans une limite tout à fait restreinte.

Il serait intéressant, à cet égard, d'entendre ceux de nos collègues que des études spéciales ont mis à même d'acquérir, en cette matière,

une expérience personnelle. Sur ces deux points de pathologie obstétricale, leur opinion aurait une grande autorité. Il en serait de même pour celui qui a trait à l'inversion de la matrice.

Quel est le degré de fréquence de ce déplacement à la suite de l'accouchement? Pour moi, je n'en connais aucun cas dans lequel il ait été manifestement produit par l'issue spontanée d'un corps fibreux, due aux seules contractions de l'utérus. Peut-être, cependant, faut-il faire une exception pour celui que Lisfranc a cité dans sa clinique chirurgicale.

Il s'agit d'une malade qui, après avoir rendu avec de très-vives douleurs, par le vagin, ce qu'elle appelait un morceau de chair, produit d'une grossesse qu'elle croyait exister depuis trois mois, resta souffrante pendant cinq ans. Elle avait une leucorrhée abondante et tenace, et ressentait dans le bassin et dans la région lombaire des tiraillements et un sentiment de pesanteur. Cette femme ayant succombé à une phlegmasie viscérale, on constata chez elle, à l'autopsie, un renversement de l'utérus qui s'arrêtait à la partie de cet organe, qui forme le museau de tanche.

Si l'inversion utérine est rare dans le cas de corps fibreux interstitiels, elle l'est moins dans celui des polypes intra-utérins compliquant la grossesse.

Les tractions exercées sur l'utérus distendu, ramolli et éminemment contractile, par le pédicule de la tumeur et par le poids de celle-ci, rendent raison de la facilité plus grande de la matrice à s'invaginer à la suite de l'accouchement. Tous les auteurs s'accordent généralement à cet égard.

C'est même cette tendance au renversement des parois utérines dans les conditions spéciales dont il s'agit qui a prescrit au chirurgien d'éviter toute traction un peu forte sur le polype, en vue de l'attirer dans le vagin, cette manœuvre ayant pour effet d'exposer à produire l'inversion par elle-même d'abord, ensuite en sollicitant les contractions énergiques des plans vasculaires de la matrice. C'est pour cela que, lorsque la ligature de la tumeur est rendue urgente par l'abondance de l'hémorrhagie, en pareil cas, il est rigoureusement prescrit de la pratiquer sur place, c'est-à-dire de la porter sur le pédicule du polype à la hauteur où il est situé dans la cavité utérine.

De l'exposé succinct des faits que j'ai cités et qui se rapportent la plupart aux corps fibreux de l'utérus, il ressort, ce me semble, pour le praticien, une question de déontologie qu'il serait opportun de résoudre : c'est la conduite à tenir envers une femme chez laquelle l'existence d'un fibrôme utérin est constatée, et qui s'adresse à

l'homme de l'art, pour savoir de lui si elle peut, sans inconvénient, contracter mariage et courir les chances d'une grossesse.

Quelle sera la réponse du médecin en pareille circonstance?

Les corps fibreux ne sont pas un obstacle à la fécondation; ils sont rarement une cause d'avortement; la grossesse peut être menée jusqu'à terme; cela est démontré; mais ce qui ne l'est pas moins, c'est que le danger pour la femme commenee à devenir sérieux au moment de l'accouchement, généralement laborieux, et pouvant être suivi d'une hémorrhagie dont la gravité ne peut jamais être prévue à l'avance et qui souvent a été promptement mortelle.

Cette dernière considération me paraît de nature à trancher la question, si surtout on y ajoute la possibilité de la rupture de l'utérus admise par quelques auteurs durant le cours de la grossesse, et l'influence fâcheuse de celle-ci sur le développement ultérieur et rapide des corps fibreux, et conséquemment sur l'état de santé des femmes qui en sont atteintes. Ajoutons encore que de ce que, par le toucher, on n'a pu constater la présence que d'un seul corps fibreux, il ne faudrait pas en inférer qu'il n'en existe aucun autre, car l'anatomie pathologique apprend que ces néoplasmes sont fréquemment multiples. Il y a donc, à mon avis, les motifs les plus sérieux pour dissuader, en pareil cas, une femme de s'engager par les liens du mariage et de s'exposer aux aventures d'une grossesse.

Ce n'est d'ailleurs qu'avec toute réserve que je me prononce snr une question de cette nature que je soumets à l'appréciation de ceux de mes collègues, que leurs travaux en obstétrique rendent plus compétents pour les juger en dernier ressort.

Polypes. — Si des corps fibreux que j'ai eu plus spécialement en vue jusqu'ici, j'arrive aux polypes proprement dits, les faits qui leur sont relatifs m'ont appris qu'ils peuvent, comme complication de la grossesse et de l'accouchement, se présenter sous plusieurs aspects.

Une première division à établir est celle des polypes celluloso-vasculaires et des polypes fibreux.

Polypes celluloso-vasculaires. — Dans un cas dont j'ai été témoin et qui est rapporté dans la *Clinique* de Lisfranc, tome III, p. 87, cette variété de polypes qui, par leur siége à l'intérieur de l'utérus, sont d'un diagnostic impossible, a provoqué l'avortement, et à la suite de celui-ci des hémorrhagies successives et abondantes.

Observation. — Une dame, âgée de 28 ans, mère de quatre enfants, fut atteinte d'une métropéritonite à son dernier accouchement. Elle devint enceinte pour la cinquième fois, lorsque l'utérus était encore sensiblement hypertrophié. Pendant quatre mois, cette dame se

résigna à garder le repos. A cette époque, elle fit un voyage à la suite duquel elle fut prise de douleurs utérines, et l'avortement eut lieu : bientôt après des pertes abondantes, rebelles, se déclaraient; au toucher on constata que la matrice était tuméfiée et douloureuse; l'on combattit cette phlegmasie par des moyens antiphlogistiques : pendant deux mois la métrorrhagie cessa, mais elle reparut avec intensité. La malade vit ses forces s'épuiser, elle succomba.

A l'autopsie, on découvrit dans la cavité de l'utérus, dont les parois avaient doublé d'épaisseur, six polypes celluloso-vasculaires ou muqueux, dont le plus petit avait le volume d'une lentille, et le plus gros celui d'une petite noisette.

Ces excroissances polypeuses dont l'existence était en dehors de toute prévision, sont très-insidieuses : elles sont formées par un tissu rouge, mou, d'apparence érectile lorsqu'il est vu à la surface d'une loupe fraîche et nette; flottants et en relief à la surface utérine avec laquelle ils se continuent, ces petits polypes sont éminemment vasculaires. J'ai eu occasion d'en observer, l'utérus étant à l'état de vacuité, ils ont, dans ce cas, déterminé la mort par hémorrhagie successive, chez une malade que j'ai observée pendant mon internat à l'hôpital de la Pitié, et dont j'ai moi-même fait l'autopsie. Leur siége était le même que dans le cas précédent, c'est-à-dire qu'ils occupaient la partie la plus élevée de la cavité utérine. Ils étaient au nombre de huit; quelques uns avaient l'aspect des franges de la membrane muqueuse, plusieurs, celui de petits corps olivaires, et leur structure identique était celle des mêmes polypes mentionnés dans l'observation ci-dessus relatée.

Polypes fibreux. — Les conditions dans lesquelles ces polypes ont été observés pendant et après l'accouchement, sont très-diverses, et les accidents qu'ils ont déterminés varient également suivant la nature même de ces conditions.

Ainsi, sans entrer dans les détails des observations que j'ai reproduites au nombre de douze, dans mon mémoire publié en 1866, je me bornerai à en donner les principaux traits.

Ces polypes, de diverse grosseur, quelquefois très-volumineux, siégeant soit à la vulve, soit dans le vagin, soit dans l'utérus, peuvent ne pas s'opposer à la grossesse, et même n'apporter qu'un léger obstacle à l'accouchement.

Observation I. — *Accouchement à terme, compliqué de l'apparition d'un polype utérin à la vulve avant la sortie du fœtus.* — On trouve dans Levret une observation d'une femme chez laquelle une tumeur avait été expulsée de la vulve pendant la parturition avant la sortie

d'un fœtus à terme. L'accoucheur de cette femme reconnut un polype de la grosseur de la tête d'un enfant nouveau-né, et dont le pédicule, large d'un travers de doigt, était implanté au côté droit du col de la matrice. Il n'y avait pas de pertes considérables après la délivrance, nonobstant, Guiot lia le pédicule; puis il plaça la femme de manière que la tumeur fut soutenue, et qu'elle n'exerçât aucun tiraillement douloureux. Dès le lendemain, des douleurs vives aux lombes et à l'aine droite obligèrent à exciser la tumeur au-dessous de la ligature qui se détacha le troisième jour. La femme n'éprouva aucun accident, elle allaita son enfant et fut bientôt rétablie.

Observation II. — *Polype volumineux occupant la vulve; grossesse terminée heureusement.* — Le même observateur, Levret, cite un second exemple d'une femme qui portait un polype d'un volume considérable, dont la base pendait entre ses cuisses, et qui, par son pédicule, était fixée au col utérin. Cette tumeur avait paru depuis seize ans à la suite d'une couche fort heureuse; elle rentrait facilement lorsqu'on la réduisait dans le vagin. De nouveau devenue enceinte une seconde fois, le polype rentra progressivement par l'effet de l'élévation successive de l'utérus, et cessa de paraître pendant la grossesse. La femme accoucha heureusement à terme d'un enfant bien vivant; mais dès qu'elle fut rétablie, la tumeur sortit de nouveau à la vulve. Cette femme continua à faire remonter sa tumeur qui, un jour, sortit et ne put pas être réduite. L'étranglement du polype à la vulve exigea une opération qui fut pratiquée par Rondon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, au moyen de la ligature. La tumeur se détacha le quatrième jour, et la malade ne tarda pas à être guérie.

Observation III. — *Polype énorme compliquant la grossesse. — Double insertion au col de l'utérus et au vagin. — Cinq accouchements d'enfants à terme mort-nés.* — Je rapprocherai du fait précédent une observation analogue du docteur Pordham. — C'est celle d'une femme de 35 ans en travail depuis six jours. Par le toucher on constate dans le vagin une tumeur volumineuse, implantée sur la partie postérieure du col utérin. — Cette femme, depuis dix ans, avait eu quatre enfants mort-nés. A chaque accouchement une tumeur sortait de la vulve, poussée par le fœtus. Cette fois encore la parturition, malgré cet obstacle, s'opéra tout naturellement; mais l'enfant était mort, comme les quatre autres qui l'avaient précédé.

Le docteur Clough, appelé en consultation, constata la continuité des efforts expulsifs après la délivrance, et reconnut nne double insertion du polype au col de l'utérus et à la paroi postérieure du vagin. L'application de cette ligature fut très-laborieuse : la femme, fort

épuisée déjà, s'affaiblit rapidement et succomba le lendemain de l'opération, sans avoir présenté ni douleurs, ni vomissements, ni aucun autre signe de métropéritonite. Il n'est pas question de l'autopsie.

Observation IV. — Un troisième fait, puisé à la même source (*Medical and Physical journal*, 1811 *and* 1812), nous montre encore *un polype sortant de la vulve au moment de l'accouchement, et cela à la suite de trois grossesses successives, en même temps qu'il fait voir le danger d'une ligature pratiquée immédiatement après l'accouchement.*

Voici ce fait, qu'en raison de l'enseignement pratique qu'il renferme j'ai jugé à propos de reproduire intégralement.

Une femme, mère de plusieurs enfants, accoucha d'une fille à terme après une parturition douloureuse. Pendant le travail, une tumeur consistante et charnue, poussée par la tête de l'enfant, était sortie avant elle; à deux couches précédentes ce même phénomène avait eu lieu. Le volume de la tumeur était seulement moins considérable, aussi n'y avait-on pas fait grande attention, chaque fois celle-ci étant rentrée dans le vagin. Cette dernière fois elle resta hors de la vulve; elle avait la grosseur de la tête d'un enfant nouveau-né. Dès le lendemain une ligature fut placée autour de son pédicule; vers le soir du même jour, agitation et insomnie. Le lendemain, nouvelle ligature, la première s'étant relâchée : presque immédiatement, douleur si vive et anxiété telles que, vers le soir, on fut contraint d'enlever le fil constricteur. Les accidents convulsifs déterminés par cette opération durèrent plusieurs jours; malgré l'usage des narcotiques, le pouls monta à 120 pulsations, la voix était éteinte. La malade cependant se rétablit et on crut, neuf semaines après l'accouchement, le moment venu d'appliquer une nouvelle ligature, qui ne tarda pas à reproduire les mêmes accidents qui avaient eu lieu une première fois. La tumeur était recouverte, dans toute sa surface, d'une escharre qui était le point de départ d'un écoulement fort abondant. L'état de la malade s'étant beaucoup amélioré par les soins appropriés et un régime analeptique, on pratiqua de nouveau la ligature du polype dont le pédicule était devenu moins gros et plus facile à atteindre; il s'était passé alors quatre mois depuis l'accouchement; cette fois la ligature, d'abord douloureuse, fut bientôt mieux supportée, et au bout de quelques jours la tumeur se détacha, et la malade recouvra une santé parfaite.

Les polypes fibreux restés dans l'utérus s'y comportent de la même manière que les corps fibreux; comme eux ils constituent par leur présence un obstacle au retrait de l'utérus sur lui-même; outre que par la vascularisation dont ils sont doués quelquefois à un haut degré, ils peuvent, de plus, devenir par eux-mêmes une source d'hé-

morrhagies graves et surtout mortelles. J'en ai cité trois exemples que j'ai empruntés l'un au docteur Churchill, un autre au docteur Radford, de Manchester, et un troisième au docteur Crisp ; la mort eut lieu au bout de huit à dix heures dans le premier cas ; elle se produisit par épuisement quinze jours après l'accouchement dans le second ; chez la madade du docteur Crisp, à l'hémorrhagie s'ajouta, comme une cause de mort après l'accouchement, la persistance des contractions énergiques de l'utérus et la répétition des douleurs pendant l'expulsion d'un polype qui était très-volumineux, à ce point qu'on l'avait pris pour un second enfant, et qu'engagé à la vulve il rendait le cathétérisme difficile.

Des faits qui précèdent, il me semble que l'on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Les fibrômes les plus variés de forme, de volume et de siége ne sont pas un obstacle à la conception ;

2° Les polypes compliquant la grossesse, même quand ils sont volumineux, ne s'opposent pas généralement à l'évolution de celle-ci et peuvent ne mettre que faiblement obstacle à l'acconchement ;

3° Les polypes peuvent occuper le vagin, ou être contenus dans l'utérus au moment de l'accouchement ;

4° Les polypes qui occupent le conduit vulvaire constituent un danger pour la vie de l'enfant ; les polypes intra-utérins, après l'accouchement, sont au contraire un danger pour la mère, en raison de l'hémorrhagie qu'ils déterminent ;

5° Les polypes intra-utérins sont plus facilement éliminés que les corps fibreux en même temps que le produit de la conception : leur forme, qui les rend indépendants du tissu utérin, et le peu d'épaisseur de leur pédicule, rendent raison de cette différence ;

6° Le renversement de l'utérus, après la grossesse, compliqué d'un corps ou d'un polype fibreux, peut être le résultat des contractions utérines, et aussi des manœuvres irrationnelles exercées sur le corps étranger ;

7° La question d'opportunité de l'opération, un corps fibreux ou un polype se montrant à la suite de l'accouchement dans des conditions accessibles à l'action instrumentale, constitue un problème diversement résolu ;

8° Si la matrice se ferme et revient sur le corps inclus dans sa cavité, sans donner lieu à une hémorrhagie sérieuse, il est sage de s'abstenir de toute tentative, et d'attendre que les conditions spéciales dans lesquelles se trouve l'utérus après l'accouchement aient cessé.

On agirait de même dans le cas d'un polype intra-vaginal fibreux qu donne lieu ;

9° Une hémorrhagie qui compromet les jours de la mère, ou qui est un obstacle au passage du fœtus pour qui il constitue un danger, réclame impérieusement l'intervention du chirurgien et s'oppose à toute temporisation;

10° Quant à l'indication chirurgicale, elle varie suivant les cas.

M. Tarnier. Je crois qu'il serait opportun d'attendre la communication que M. Guéniot nous a annoncée pour commencer la discussion. Cela était convenu entre les membres de la Société, lorsque M. Depaul a fait sa communication.

COMMUNICATION.

Traitement de la Syphilis.

M. Després. L'an dernier, je vous ai communiqué, à l'occasion de notre discussion sur le traitement de la syphilis, la statistique des faits de mon service. Vous vous rappelez encore l'orage que, même au dehors, quelques-uns de nos discours ont provoqué. Je ne me suis point effrayé de ce concert d'oppositions, parce que je suis persuadé que les faits finissent toujours par avoir le dernier mot; aussi, je viens retracer devant vous les résultats de quinze nouveaux mois d'expérience pendant lesquels j'ai recueilli tous les faits de mon service. Je ne dirai point à l'avance ce que je conclus de mes observations; je laisserai à mes collègues le soin de juger pas à pas si mes propositions de l'année dernière ont été démenties par des faits nouveaux.

Seulement, je tiens à faire une remarque : on m'a dit que, lors de notre dernière discussion, j'avais pris à l'improviste les partisans du mercure, et qu'ils n'avaient pas d'observations prêtes. Mais voici déjà un an passé depuis ma première statistique, et, en un an, on voit bien des choses. Je puis, certes, penser que mes collègues puiseront dans l'expérience d'une année. Alors je vois les oppositions que je puis encore rencontrer diminuées au moins de ce reproche, que j'aurais surpris ceux qui ont foi dans les préparations mercurielles.

Établissons, Messieurs, d'abord un premier point : comme l'année dernière, j'ai reçu un grand nombre de malades ayant été déjà traités de leur syphilis, inutilement, par les préparations de mercure.

J'ai reçu, du 24 février 1867 au 20 juin 1868, 359 malades atteintes de chancres suivis d'accidents généraux, d'accidents secondaires ou tertiaires, toutes malades franchement syphilitiques.

Sur ce nombre :

81 avaient été déjà traitées une ou plusieurs fois par le mercure, soit dans les hôpitaux, soit en ville. Proportion, 22,5 p. 100.

36 avaient été traitées dans mon service par la médication tonique, les bains salés et sulfureux, et le traitement local. Ne craignant pas de charger contre moi ce chiffre, j'ai compté les malades qui, sorties malgré moi, n'avaient subi que quelques jours de traitement, celles qui, sorties de la sorte, sont rentrées deux et trois fois; ces malades chargent presque de moitié mon chiffre 36. Parmi ces malades, il en est qui avaient été autrefois traitées par le mercure. Proportion, 10 p. 100.

8 malades, traitées déjà une fois sans mercure par le bichromate de potasse, l'iodure de potassium d'emblée ou les sudorifiques, sont entrées dans mon service pendant le même temps. Proportion, 2 p. 100.

Si, maintenant, je ne prends que les malades traitées au moins deux mois, j'arrive aux mêmes proportions.

18 malades, traitées chez moi pendant plus de deux mois, pendant un temps que j'ai jugé suffisant. Proportion, 5 p. 100.

38 malades traitées par le mercure pendant plus de deux mois; 11 malades ayant subi deux et trois traitements mercuriels. Proportion, 11 p. 100.

J'ai fait plus : il y a, à l'hôpital de Lourcine, un service voisin du mien où il y a eu des syphilitiques ; je ne parle pas du service de médecine que l'administration avait transformé en un service de maladies générales. Ce service a été successivement occupé par MM. Panas, Liégeois et Péan. Il renferme quatre-vingt-neuf lits, deux lits de plus que mon service, et il n'a reçu que 334 malades pendant que le mien en recevait 359. J'ai comparé les malades qui rentraient dans mon service en sortant du service voisin et qui ont pris le traitement mercuriel classique, avec les malades qui avaient été déjà traitées chez moi par les toniques, les bains et le traitement local.

J'ai eu 36 malades rentrées après un séjour dans mon service; sur ce nombre, 18 avaient été traitées plus de deux mois.

J'ai eu 33 malades traitées antérieurement, dans le service voisin du mien, par les préparations mercurielles : proto-iodure de mercure, frictions mercurielles ou injections de sublimé.

Sur ce nombre, 18 avaient pris du mercure pendant plus de deux mois.

De cette comparaison, il ressort qu'il y a eu égalité absolue entre le résultat du traitement mercuriel et du traitement sans mercure, et je n'en demande pas davantage.

Il est certainement rentré quelques-unes de mes malades dans l'autre service, mais il y est rentré aussi des malades du même service, et si l'on devait compter les premières, il faudrait aussi compter les secondes.

Mais il n'est pas rentré beaucoup de mes malades dans le service voisin; mes malades sont assez fidèles. Malgré la sévérité que l'on m'a presque reprochée ici, ces malades conservent, à l'égard du service, un peu de cette fidélité canine qu'a célébrée Buffon, et que les pauvres ont toujours pour ceux qui s'occupent d'eux sérieusement. Je ne veux, pour preuve de ce que j'avance, qu'un seul fait :

Depuis que je suis à Lourcine, j'ai vu presque toutes celles de mes malades, qui ont été atteintes de récidive, revenir dans mon service. Sur 605 malades qui ont passé dans mes salles, 7 seulement ont été, dans les grands hôpitaux, se faire traiter de récidive de leur syphilis.

J'ai pris des informations scrupuleuses, et je n'ai pas entendu parler d'autres malades; il peut y en avoir eu cependant quelques-unes de plus que le chiffre sept, mais leur nombre ne peut être élevé. Je ne compte pas les malades sorties enceintes et qui sont allées accoucher dans des hôpitaux spéciaux. Je ne compte pas celles de mes malades qui sont entrées dans le service voisin du mien, faute de lits chez moi.

Que dirai-je encore de plus concluant que ces chiffres? Est-il assez prouvé que le mercure n'empêche pas les récidives des poussées syphilitiques?

Je pourrais, toutefois, vous rappeler que la Société de médecine de Bordeaux, qui, elle aussi, a étudié le mode d'action des mercuriaux dans la syphilis, a entendu notre confrère, M. Venot, déclarer, chiffres en main, le résultat d'expériences entièrement conformes aux miennes. Ce médecin, en effet, tirait, de quarante-cinq observations bien suivies, que les récidives étaient en proportions égales chez les syphilitiques, qu'on les traitât ou non par le mercure. Ceux de nos collègues qui voudront se rendre compte de ces faits en trouveront dans le numéro de juin de cette année des *Archives de médecine.*

L'état des malades rentrant, après avoir été traitées dans mon service, ne diffère pas sensiblement de l'état des malades traitées déjà par le mercure, en ville ou dans les hôpitaux.

Parmi mes malades vierges de mercure :

14 qui avaient leur mal depuis six mois, avaient : 12 des plaques muqueuses, 1 une iritis, 1 une syphilide tuberculeuse précoce.

7, qui avaient leur mal depuis un an, avaient : 4, des plaques muqueuses, dont une avec une syphilide papuleuse; 1, une syphilide papuleuse; 1, une gomme ulcérée du voile du palais.

6, qui avaient leur mal depuis dix-huit mois ou deux ans, avaient : 1 des plaques muqueuses; 1 une syphilide tuberculeuse serpigineuse; 1 de l'ecthyma; 1 de l'ecthyma scrofuleux plutôt que syphilitique (c'était une nourrice qui, après avoir eu une écorchure au sein, avait eu d'emblée de l'ecthyma, n'avait pas eu de plaques muqueuses et n'avait pas donné de mal à son mari); 1 une syphilide papuleuse; 1 des gommes.

Parmi mes malades traitées par le mercure, avant leur premier séjour chez moi :

2, qui étaient malades depuis six mois, avaient des plaques muqueuses; 2 avaient leur mal depuis dix-huit mois, et rentraient avec des plaques muqueuses; 2, qui étaient malades depuis vingt-cinq mois, avaient des plaques muqueuses; 3, malades depuis trois, quatre et huit ans, avaient : 1 une choroïdite et des plaques muqueuses, 2 des plaques muqueuses et de l'anémie.

Voyons les malades déjà traitées par le mercure :

54 malades depuis six ou dix mois, avaient :

49 des plaques muqueuses; 2 une syphilide papuleuse précoce, et l'une de ces malades avait encore son chancre induré; 2 un chancre induré persistant; 1 avait une gomme. Je fais ici une réserve, car cette malade me paraissait avoir ignoré le début de sa syphilis.

Les malades en traitement depuis un an avaient : 11 des plaques muqueuses récidivant toujours; 3 des syphilides papuleuses. Une de ces malades avait été traitée, à Saint-Louis, pour une syphilide papuleuse qui avait duré un an.

3 malades traitées depuis deux ans avaient : 1 des plaques muqueuses; 1 une choroïdite; 1 une syphilide papuleuse.

Celles qui, au nombre de 10, avaient été traitées depuis deux ans et demi, trois ans, huit ans et dix ans, avaient : 1 des exostoses et de l'ecthyma (deux ans et demi de traitement); 1 une syphilide papuleuse; 1 une syphilide papuleuse et tuberculeuse; 1 une syphilide tuberculeuse; 6 avaient toujours des plaques muqueuses : une de celles-ci avait eu son chancre il y a sept ans, et avait présenté plusieurs récidives.

Si vous voulez voir l'effet du traitement mercuriel sur les récidives de plaques muqueuses, vous en pourrez voir un bel exemple sur une malade qui est entrée, il y a quelques jours, dans mon service.

B... (Jeanne), 20 ans, d'une assez belle santé antérieure, entrée dans mon service, salle Saint-Alexis, n° 28, le 30 mai 1868. — Voici ses antécédents :

Malade depuis trois semaines, elle est entrée, le 4 juin 1867, dans le service de M. Liégeois, pour une vaginite et des boutons à la vulve, pour lesquels le chirurgien donne deux pilules de proto-iodure de mercure par jour pendant cinquante jours, du 4 juin au 24 juillet. Les pilules ont été prises régulièrement; la malade a eu une stomatique mercurielle grave. La pancarte de sortie de la malade portait : *Syphilis.* — La malade entre à l'hôpital de la Pitié, le 14 août 1867, dans le service de M. Matice; elle avait alors des douleurs de tête et des douleurs dans les membres, que le médecin traita d'abord par l'hydrothérapie; puis, comme il s'était aperçu, au bout de huit jours, que la fille B... avait des plaques muqueuses, il a prescrit un bain de sublimé tous les deux jours et du vin de quinquina. Les douches froides étaient continuées.

Le 26 octobre, la malade est sortie non guérie : elle avait, dit-elle, des boutons sur le corps. Trois jours après, la malade rentre dans le service de M. Behier. Le 19 octobre, le professeur reprend encore le traitement mercuriel et donne deux cuillerées à bouche de liqueur de Van Swieten par jour, du vin de quinquina, et un bain de sublimé tous les deux jours. La malade sort du service après avoir eu encore une stomatite mercurielle, et avec des taches sur le corps, le 29 novembre, pour aller au Vésinet, où elle séjourne trois semaines; là, elle ne prend que des bains sulfureux. De retour à Paris, la fille B... a une récidive de plaques muqueuses et revient à Lourcine, dans le service de M. Péan, le 9 janvier 1868. Là, des pilules de proto-iodure sont encore prescrites, mais la malade ne les a pas prises; elle reste néanmoins dans ce service jusqu'au 1er avril.

Le 30 mai, elle rentre dans mon service avec des plaques muqueuses de la vulve et des plaques muqueuses de la gorge. La malade est un peu chlorotique, et il y a un bruit de souffle douteux dans les carotides.

Cette malade a donc pris 100 pilules de proto-iodure une première fois, 25 bains de sublimé, puis 15 autres bains de sublimé et 60 cuillerées à bouche de liqueur de Van-Swieten; tout cela pour aboutir, après 227 jours d'hôpital, à une quatrième récidive de plaques muqueuses en une année.

La malade n'est pas détériorée, j'explique ce fait parce que cette femme a séjourné dans les hôpitaux en même temps qu'elle prenait du mercure, parce que depuis cinq mois elle ne prenait plus de médications mercurielles, et que depuis quatre mois elle vivait à l'hôpital à boire, manger, dormir et ne rien faire.

Cette malade est un exemple qui me dispense de fournir des commentaires.

De tout ce qui précède, il résulte que, chez mes malades qui ont eu des récidives même d'accidents tertiaires, le mal ne montait pas à plus de deux ans. Celle de mes malades qui a eu l'an dernier des gommes ou plutôt un érythème noueux, est actuellement bien guérie. C'est la fille B... Sophie dont je vous ai parlé l'année dernière, et que j'ai revue cette année.

Qu'on ne me dise pas que je dois attendre pour juger; j'ai eu des malades dont la syphilis n'était pas plus âgée que celle de la fille B... qui avaient des exostoses, des gommes, de l'ecthyma et des syphilides tuberculeuses, ou tuberculo crustacées, quoiqu'elles eussent été traitées pendant deux et trois ans par le mercure.

Si le mercure était capable d'agir sur les syphilis graves et d'empêcher les accidents graves, je devrais avoir beaucoup de mes malades dans cet état, contre un très-petit nombre de malades semblables auxquels avaient été administrées les préparations mercurielles.

Les accidents de la syphilis sont-ils amendés véritablement par le mercure? Pour toute réponse, je dirai ce que l'on obtient sans mercure.

Les chancres traités par la cautérisation et les cataplasmes mettent trois à cinq semaines à guérir, suivant qu'on les traite au début, ou un peu plus tard.

Les plaques muqueuses simples non végétantes mettent en moyenne huit à dix jours à guérir, par les cautérisations et les lotions avec l'eau blanche, ou par une solution légèrement caustique ou astringente et le repos.

Les plaques muqueuses de la gorge et de la bouche mettent le même temps à guérir; seulement chez les malades qui ont de mauvaises dents ou des follicules des amygdales ulcérés il y a des récidives journalières, surtout en hiver; et il y a des plaques muqueuses de la gorge chez les syphilitiques là où chez les gens sains il n'y aurait qu'un léger mal de gorge, au moindre refroidissement.

Les plaques muqueuses végétantes de la vulve ou de la gorge sont plus longues à guérir, je suis obligé de les cautériser plusieurs fois avec la solution saturée de chlorure de zinc. Ces plaques durent quelquefois jusqu'à trois ou quatre semaines, à moins qu'elles ne se recouvrent d'épithélium et ne se transforment en végétations, ce qui m'oblige à venir aux cautérisations avec l'acide nitrique fumant et même à l'excision.

Je ne crois pas, j'affirme même qu'il n'y a pas de traitement mercuriel qui arrive au même résultat sans traitement local. S'il devait m'être opposé des statistiques à cet égard, je demanderai toutes les

observations d'un service, car les plaques muqueuses des malades qui, après trois et quatre semaines de mercure, ne seraient pas guéries et ne seraient pas comptées, parce que les malades seraient sorties de l'hôpital avant guérison, sont justement celles qui sont rebelles même au traitement mercuriel, celles qu'il faudrait compter.

J'ai eu dans mon service 26 syphilides cutanées, généralisées : syphilides papuleuses, confluentes, miliaires, tuberculeuses, précoces, tuberculeuses, serpigineuses, telles qu'on les observe à Saint-Louis. Ces malades sont restées dans le service cinq, six et même dix-huit mois. Cinq malades sont parties non guéries pour se traiter chez elles.

Ces malades que j'ai observées ont guéri :

6 en six et sept mois ; 7 en quatre mois ; 11 en deux et trois mois ; 2 en un mois. 4 des 13 dernières malades avaient des récidives : 3 après un traitement mercuriel antérieur ; 1 après avoir été traitée chez moi.

Les malades suivaient un régime tonique (fer et quinquina), et comme traitement local prenaient des bains salés et sulfureux. Leurs plaques cutanées étaient badigeonnées avec la teinture d'iode ou l'huile de Cade pure.

Entendons-nous, Messieurs, sur le sens du mot guéri. Par guéri, il ne faut pas comprendre que le mal a pâli. Il faut qu'il soit bien dit que la syphilide est guérie seulement quand les boutons ou les plaques n'offrent plus de desquammation et sont réduites à des macules semblables aux macules qui suivent la période de desquammation de l'éruption varioleuse.

Si la pâleur de l'éruption était prise pour la guérison, je réduirais à un mois ou six semaines la durée de mes sypbilides ; mais, je le répète, cette manière d'envisager la guérison me paraîtrait défectueuse.

Certes, j'ai vu des syphilides papuleuses guérir en moins d'un mois, mais c'étaient des roséoles papuleuses, et non point de ces syphilides tuberculeuses qui sont de véritables plaques muqueuses de la peau, ou de ces syphilides tuberculeuses caractérisées par des boutons acuminées qui offrent la rougeur et la consistance de petites keloïdes.

Chez 14 de mes malades, j'ai vu naître la syphilide après des malaises, des douleurs rhumatoïdes et une fièvre rémittente prodromique, banalement appelée fièvre syphilitique. Cinq malades sont sorties avant guérison complète. Chez 9 j'ai vu l'évolution complète du mal :

1 a mis sept mois à guérir ; 5 ont mis six mois ; 2 ont mis cinq mois ; 1 a mis huit semaines.

Chez toutes mes malades, la fièvre tombait aussitôt après la sortie de l'éruption, et la santé se rétablissait à vue d'œil.

J'ai pu suivre une de mes malades que ses affaires avaient empêchée de rester chez moi, et j'ai vu que, même non traitée, les éruptions guérissent néanmoins à peu près dans le même temps.

C... arrivée dans mon service avec une stomatite mercurielle, qui avait suivi huit jours d'usage de deux pilules de proto-iodure par jour, a eu sous mes yeux une poussée de papules disséminées qui a duré un mois. Une seconde poussée, avec des ulcérations, existait lorsque la fille C... est sortie pour soigner son enfant malade, et j'ai appris qu'elle était allée, trois mois après, à l'hôpital Saint-Antoine avec une troisième poussée très-légère, et cette fois de syphilide squammeuse peu étendue, qui a guéri en peu de temps : ce qui fait que la syphilide a duré six mois.

Voici les durées comparatives des éruptions syphilitiques traitées par le mercure et traitées par les toniques et les traitements locaux.

A..., 32 ans, entre dans le service le 27 août 1866 avec une syphilide pustulo-tuberculeuse précoce, qui était apparue aux lieu et place de la roséole; elle était traitée en ville depuis le début du mal par de la liqueur de Van-Swieten, une cuillerée à bouche tous les jours, pendant six mois. Malgré ce traitement néanmoins, la malade conservait, sur la petite lèvre du côté droit, une induration chancreuse qui persistait depuis six mois; ses papules étaient encore en voie de desquammation et une vaginite existait encore depuis le début de sa syphilis.

Au bout de deux mois de traitement dans mon service, la syphilide était éteinte et la malade est restée dans mon service jusqu'au mois de mars 1867 pour obtenir la guérison de sa vaginite rebelle. La syphilide avait duré huit mois.

F... Mathilde, 21 ans, entrée le 21 mars dans le service de M. Liégeois avec des plaques muqueuses, et une syphilide papuleuse confluente est traitée pendant six mois, du 12 avril 1867 au 1er septembre de la même année, par deux pilules de proto-iodure chaque jour, pendant quatre mois, et qui étaient régulièrement prises. La malade entre dans mon service le 7 septembre avec sa syphilide papuleuse pâlie et des plaques muqueuses de la gorge; le 15 septembre la syphilide papuleuse ressortait et était guérie le 2 novembre. La malade prenait des bains salés et sulfureux, du rôti et des toniques. La syphilide avait duré sept mois et demi.

Voyons maintenant mes malades traitées sans mercure.

M... (Anna), 18 ans, 29, Saint-Bruno, traitée dans mon service de-

puis le mois de novembre 1866, pour un chancre phagédénique de la vulve, lequel avait été traité en ville pendant trois mois par des pilules de proto-iodure. Le 28 février 1867, la malade est prise après fièvre prodromique d'une syphilide miliaire confluente à poussées successives, qui a duré jusqu'au mois de septembre 1867 (sept mois). Elle a eu trois iritis : une, traitée par le calomel à dose fractionnée et les vésicatoires aux tempes; une par les seuls purgatifs et les sinapismes aux cuisses et les vésicatoires; une par les ponctions de la cornée: toutes trois ont eu une durée égale, sauf la dernière, qui était compliquée d'un abcès de l'iris et qui a mis trois semaines à guérir. La malade est restée dans mon service pour attendre la guérison de son chancre, jusqu'au 30 mai dernier, et n'a eu, depuis sa syphilide et ses iritis, aucun accident sous mes yeux, et sa vue était bien conservée.

C... 39 ans, 32, Saint-Alexis, entrée avec un chancre parcheminé de la grande lèvre gauche et sous l'imminence d'une syphilide, a eu sous mes yeux, le 6 juin 1866, un mois après son entrée à l'hôpital, une syphilide miliaire qui a duré jusqu'à la fin de novembre, et a présenté cette particularité que le 13 juillet il y a eu une seconde poussée localisée au bras droit et à une moitié du tronc. Le mal a guéri en cinq mois et demi. Ici le mal est apparu plus tôt que chez la fille M..., et il a duré moins longtemps.

C... (Désirée), 34 ans, se disant malade depuis six semaines, est entrée le 6 juin 1867 avec des plaques muqueuses des lèvres, du cuir chevelu et des grandes lèvres, et une syphilide papulo-squammeuse confluente, ainsi que des ulcérations du cuir chevelu; elle est sortie guérie du service le 21 décembre, ce qui fait six mois de durée pour la syphilide.

Enfin des syphilides tuberculeuse, serpigineuse isolée que j'ai vues chez une malade G..., 24, Saint-Alexis, traitée par les badigeonnages avec la teinture d'iode, ont guéri en deux mois.

Toutes ces malades étaient soumises au régime tonique, aux bains salés et sulfureux; leurs plaques ou leurs ulcères étaient cautérisés ou peints avec de la teinture d'iode ou couverts de pommade à l'huile de Cade; en un mot, des bains et des traitements locaux secondaient le traitement tonique.

J'ai remarqué, Messieurs, qu'une seule des malades que j'ai vue atteintes de *syphilides papuleuses ou tuberculeuses confluentes* était revenue malade; encore la syphilide était-elle disséminée au début. Les autres ont paru bien guéries, surtout lorsqu'elles n'avaient pas pris de mercure.

Ceux qui ont fréquenté l'hôpital Saint-Louis savent que la grande

majorité des accidents tertiaires que l'on rencontre, surviennent chez des malades dans les antécédents desquels on ne retrouve point de ces syphilides papuleuses, confluentes. Il y en a cependant, je vous en ai cité l'année dernière, que j'avais empruntés à la thèse de M. Dubuc, et vous vous rappelez que le mercure avait été mis en usage.

Ceci me confirme dans cette opinion que le virus syphilitique s'élimine par la peau comme par le virus varioleux, sous forme d'éruption généralisée, et qu'il ne convient pas plus de donner un médicament pour faire pâlir l'éruption, pas plus qu'il ne convient de donner des purgatifs pour faire pâlir l'éruption des boutons varioleux.

J'ai observé trois fois des gommes; vous allez voir ce qu'elles ont duré.

P..., 48 ans, avait une gomme ramollie du dos du nez, grosse comme un gros pois, depuis trois semaines. Ce mal avait été traité en ville tout à fait au début par la liqueur de Van Swieten; une cuillerée à bouche tous les jours pendant trois semaines, parce que aucun traitement antérieur n'avait été fait. J'ai cautérisé la gomme, et en un mois de temps elle a été guérie; ce qui fait une durée de huit semaines. Seulement, comme pour faciliter la comparaison, une autre gomme s'est formée à côté de la première, et avait le même volume; je l'ai incisée et cautérisée, et elle a guéri en dix-sept jours.

La veuve K..., femme L..., 22 ans, est entrée à l'hôpital avec une perforation du voile du palais, au-dessus de l'amygdale droite causée par une gomme ulcérée depuis un mois. La malade avait eu, un an auparavant, des plaques muqueuses pour lesquelles elle ne s'était pas traité et qui s'étaient guéries seules. Le 21 mai 1867, au moment où la malade est entrée, la gomme devenait phagédénique. J'ai cautérisé la gomme avec le chlorure de zinc en solution, et j'ai donné 0,50 c. d'iodure de potassium par jour et du sirop d'iodure de fer, le mal était arrêté le 13 juillet, quand le mari de la malade est venu la chercher. Le 27 juillet, la malade est rentrée; le mal avait recommencé à s'étendre; j'ai cautérisé de nouveau, et la malade est sortie guérie le 31 août 1867. Il restait une petite perforation du voile du palais cicatrisée et qui ne gênait ni la parole ni la déglutition des liquides. J'ai revu cette malade depuis à la consultation, et la guérison s'était bien maintenue. Total, Messieurs, trois mois de traitement pour guérir une gomme ulcérée phagédénique du voile du palais.

La fille T..., 21 ans, est entrée le 21 décembre 1867 dans mon service, avec une gomme ulcérée de la jambe droite, longue et large comme la main et franchement phagédénique, plus une gomme ramollie se détachant au côté interne du genou. Le sirop d'io-

dure de fer, l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium, plus les toniques ont été administrés. (Cette malade est une scrofuleuse qui a déjà été deux fois dans mon service; j'ai donné son observation dans mon premier discours de l'année dernière); les plaies ont été cautérisées avec la solution saturée de chlorure de zinc et pansées avec un linge enduit de pommade à l'onguent de la mère. La cicatrisation de ce vaste ulcère et de la gomme ont demandé quatre mois pour s'achever; seulement de temps en temps, quand la malade se levait, la cicatrice s'ulcérait et j'étais obligé de revenir à de nouvelles cautérisations. La malade, qui avait eu la gale en entrant à l'hôpital, se grattait quelquefois, et quelques-uns des boutons qu'elle écorchait étaient devenus phagédéniques et avaient dû être cautérisés. Ils avaient demandé sept à huit jours pour être guéris. A côté de la grande cicatrice, une gomme, grosse comme une noisette, s'est formée. Dès que la peau a été un peu rouge, j'ai incisé et cautérisé, et la gomme a guéri en vingt-ciuq jours. Dans les premiers jours de mai, le printemps a rendu la malade indocile; elle a voulu marcher et partir, quoiqu'elle eût encore une petite ulcération, grande comme une pièce de 20 centimes auprès de la cicatrice de la dernière gomme. La malade est sortie ayant néanmoins de l'embonpoint et de la fraîcheur.

Cette malade est la seule de mes 605 malades que j'ai vue revenir avec une gomme. C'est d'ailleurs une scrofuleuse, chez qui tous les accidents ont été graves, phagédénisme avec les accidents primitifs, phagédénisme avec les accidents secondaires, phagédénisme avec les accidents tertiaires.

Certes, malgré le bon état général de la malade, ce n'est pas un bel exemple. Mais, Messieurs, combien trouvez-vous de malades semblables et de beaucoup plus détériorées qui out pris du mercure? Témoin la fille M..., que je vous ai signalée l'année dernière et qui avait des gommes et des exostoses, malgré deux années de traitement mercuriel. Rappelez-vous aussi une de ces malades qui ne guérissaient pas, que j'ai trouvée dans les observations de l'hôpital Saint-Louis, empruntées à notre collègue M. Lallier. Une malade, qui a des ulcères du voile du palais, à laquelle on donne pendant quarante jours du sirop de bi-iodure ioduré, et qui sort non guérie pour rentrer chez M. Lallier, et qui, après deux mois de traitement par le mercure et l'iodure de potassium, sort avec ses ulcérations agrandies après deux mois de séjour à l'hôpital.

Les iritis et la syphilis des femmes grosses sont-elles influencées favorablement par le mercure ? Telle est la dernière question que je vais étudier devant vous.

Dans mon service, j'ai eu douze iritis et choroïdites dont plusieurs chez la même malade. Avant la discussion de l'année dernière, j'ai donné le calomel à dose fractionné, en même temps que j'employais le collyre mydriatique et les vésicatoires aux tempes : trois iritis ainsi traitées ont duré douze à quinze jours.

Depuis dix-huit mois, persuadé que le calomel à dose fractionnée n'agit que comme dérivatif buccal, j'ai traité sans mercure par le collyre mydriatique, les vésicatoires aux tempes et les dérivatifs intestinaux, six iritis qui ont duré douze à quinze jours. Unede mes malades, M... (Anna), a eu une menace d'abcès de l'iris, pour lequel j'ai fait deux ponctions de la cornée; le mal a guéri en trois semaines, et la vision parfaite a été conservée malgré une synéchie peu étendue. Des iritis se sont transformées en choroïdites chroniques chez trois malades. Deux fois chez des malades qui avaient pris 100 pilules de proto-iodure ou qui avaient subi deux mois de frictions mercurielles 30 frictions environ. Ces deux choroïdites ont résisté aux révulsifs. Chez une malade il y avait des accès de doulenrs glaucomateuses, pour lesquels le calomel à dose fractionnée a été employé sans succès et qui ont été arrêtés par trois ponctions successives de la cornée destinées à évacuer l'humeur aqueuse; chez cette malade, il y avait des synéchies qui existaient depuis le moment où l'on avait employé en ville les préparations mercurielles; chez l'autre malade la vue est demeurée faible, il reste une choroïdite pigmentaire.

Chez une de mes malades, une choroïdite a suivi une iritis. Cette malade est atteinte de lésions valvulaires du cœur consécutives; un ancien rhumatisme articulaire aigu; la vision est affaiblie, mais il n'y a pas de douleurs ni de congestion oculaires.

Je remettrai, à la prochaine séance, si M. le Président veut bien me réserver mon tour de parole, ce qui a trait à la syphilis de femmes grosses.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 17 JUIN 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— Le *Bulletin de la Société de médecine pratique de Paris* pour 1867.

— Le premier fascicule du tome II du *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, de M. L. Wecker.

— *Report on the military and surgical Field Hospital Equipement at the universal Exhibition at Paris*, by Th. Longmoore, inspecteur général et professeur de chirurgie militaire. — In-4°. Londres, 1868.

COMMUNICATION.

Traitement de la syphilis.

M. Després. Je termine aujourd'hui, Messieurs, ma statistique.

J'ai vu, pendant ces quinze derniers mois, 33 faits de syphilis chez des femmes enceintes. Je ne parlerai pas de la syphilis des enfants; je n'ai pas besoin de fournir à cet égard de nouvelles preuves à l'appui de cette proposition que le mercure n'atténue pas la syphilis. Vous vous rappelez ce que je vous ai dit l'année dernière des faits de syphilis observés dans le Morbihan et que M. Depaul a publiés.

Sur mes 33 malades, 8 avaient été traitées par le mercure, 25 avaient été traitées, soit en ville, soit dans mon service sans mercure, et plusieurs de ces malades n'avaient fait aucun traitement.

Les 8 malades traitées par le mercure se sont comportées de la sorte :

1 malade, accouchée au dehors, est la seule qui ait amené à terme un enfant qui ait vécu. Il y a un an, la malade, atteinte de chancre, avait été traitée à Cologne par des pilules de mercure, pendant quatre semaines. La malade est accouchée hors de l'hôpital, à terme, d'un

enfant n'ayant rien, à qui une nourrice a été donnée et qui est mort syphilitique vers la sixième semaine.

2 malades qui avaient pris, une trois mois, l'autre un mois, des pilules de proto-iodure, ont avorté dans le quatrième mois.

1 malade, qui avait pris, quinze jours, deux pilules de proto-iodure par jour, accouche avant terme d'un enfant qui est mort au bout de dix jours avec des boutons sur le corps. Cette femme avait gagné la syphilis pendant sa grossesse.

1 malade, qui avait pris pendant quinze jours deux pilules de proto-iodure par jour, et du sirop de Cuisinier pendant quinze autres jours, accouche avant terme d'un enfant mort et macéré.

1 accouche à terme d'un enfant mort et ayant un placenta rempli d'hématomes. Le placenta a été très-difficilement arraché. Cette malade avait pris pendant trois mois des pilules de proto-iodure.

2 malades qui avaient pris, l'une douze jours, l'autre six semaines, des pilules, sont sorties enceintes de mon service sur leur demande.

25 malades n'avaient pas pris de mercure : voici ce qui est arrivé de leur syphilis et de leur grossesse.

4 sont accouchées à terme d'un enfant vivant, et sont sorties de l'hôpital avec leur enfant sain. Une malade, à ma connaissance, a perdu son enfant du muguet, une autre l'a perdu après qu'il eut eu quelques boutons sur le corps à trois mois.

3 ont avorté à six semaines, cinq mois et six mois et demi; deux étaient en train d'avorter quand elles sont entrées dans mon service (je les compte néanmoins contre moi).

2 sont accouchées à sept mois passés d'un enfant mort.

6 sont accouchées un peu avant terme d'un enfant qui a vécu un, neuf ou trente jours. Une de ces malades est la fille T..., dont je vous ai parlé l'année dernière, je vous avais dit que j'essayerais d'amener son enfant à terme; j'ai réussi, mais l'enfant était chétif, il y avait eu une hydropisie de l'amnios. La mère était d'ailleurs mauvaise nourrice.

L'enfant est mort d'inanition après avoir présenté du sclérème et des convulsions.

Dix malades sont sorties enceintes. Cinq n'étaient pas encore guéries de leurs plaques muqueuses, les autres étaient à peine guéries, et je ne les trouvais pas assez remontées. Une malade est accouchée à la Clinique chez M. Depaul et est sortie avec son enfant sain.

Si nous comparons, Messieurs, nous arrivons à des résultats tout à fait désavantageux pour le traitement mercuriel :

Par le mercure, 25 p. 100 d'avortements;

Sans mercure, en comptant tous les cas mauvais à mon désavantage, 12 p. 100 seulement;

Avec le mercure un seul enfant amené vivant et viable, 12 p. 100. Sans mercure, quatre enfants vivants et viables, soit 24 p. 100.

Vous voyez l'inégalité. Je n'en demandais pas tant; l'égalité suffit à démontrer que le mercure est inutile contre la syphilis des femmes grosses.

Qu'on ne m'objecte pas que le mercure n'a pas été bien donné, qu'il n'en a pas été donné assez, que les malades n'ont pas été bien suivies.

Vous avez vu une malade qui, avec quatre semaines de mercure pris au début de la grossesse, accouche d'un enfant vivant. Vous en voyez uue autre qui avorte après un mois de l'usage des pilules de proto-iodure. Si quatre semaines de mercure ont eu de l'effet dans le premier cas, pourquoi un mois, trois mois, six semaines de mercure n'ont-ils rien produit dans les autres cas? S'il faut louer dans le premier cas les préparations mercurielles, il faut les accuser d'être impuissantes dans le second cas.

Le mercure d'ailleurs, administré par les mains les plus habiles, échoue journellement, et je n'ai qu'à consulter les antécédents des malades qui viennent dans mon service pour en avoir la preuve.

On peut voir encore aujourd'hui dans mes salles une malade à qui M. Guérin a sagement donné le mercure suivant les principes qu'il vous a exposés l'année dernière.

La nommée G... (Coralie), âgée de 18 ans, est entrée salle Saint-Alexis, nº 12, avec un assez bon aspect et présentant une récidive de plaques muqueuses confluentes de la vulve.

Il y a un an, la malade était enceinte de cinq mois quand elle s'aperçut qu'elle avait du mal aux parties génitales. Elle est entrée à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Guérin, où elle a pris pendant six semaines tous les jours une pilule de proto-iodure pour des plaques muqueuses. Elle est sortie de l'hôpital guérie. Elle a pris, d'après le conseil du chirurgien, pendant deux mois encore, tous les jours une pilule de proto-iodure. Au neuvième mois de sa grossesse, la malade, prise de douleurs, est allée accoucher à l'hôpital Saint-Louis, dans la salle d'accouchements de cet établissement, et a mis au monde un enfant mort et macéré, dont la mort, au dire du médecin du service, m'a dit la malade, remontait à huit ou neuf jours. Six semaines après sa couche, la malade avait une récidive de plaques muqueuses, pour laquelle elle est entrée dans mon service.

Ainsi, M. Guérin a administré le mercure avec prudence, et vous voyez le résultat.

Un autre fait encore :

Une de mes malades, la fille C..., qui a avorté chez moi, après avoir pris cent-vingt pilules de proto-iodure en trois mois, sort à peine relevée de couches. Trois mois après, elle a une récidive de plaques muqueuses, et entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Guibout, qui administre pendant deux mois des pilules de proto-iodure tous les jours. La malade sort guérie comme elle était sortie guérie de ses plaques muqueuses après avoir avorté. Trois mois après, la malade avait de nouveau des plaques muqueuses, pour lesquelles elle est restée trois semaines chez M. Guibout, qui a administré des toniques. Deux mois après la malade avorte à six mois et elle avait encore des plaques muqueuses au moment où elle est arrivée pour accoucher à l'hôpital de Lariboisière, salle Sainte-Marthe, n° 6 bis.

Vous le voyez, Messieurs, le mercure est administré aussitôt après l'avortement. On ne pouvait pas le donner plus tôt pour prévenir un second avortement. Qu'en est-il résulté? Un second avortement. En présence de pareils faits peut-on hésiter? Remarquez que ce ne sont point là des observations de choix, des cas isolés, c'est tout ce qui a passé dans un grand service pendant quinze mois. A cet égard, vous le comprenez, pas plus que pour le reste, mes convictions n'ont pu être changées.

Encore un dernier mot pour ce qui a trait à la syphilis des femmes enceintes.

Chez ces malades, les plaques muqueuses durent quelquefois plus longtemps que chez les autres malades, surtout lorsque les femmes sont grasses et marchent beaucoup. C'est principalement chez les malades qui ont de l'œdème de la vulve qu'on observe ces phénomènes. La gêne de la circulation entrave la guérison des plaques muqueuses; et cela est si vrai, que quand les malades avortent ou accouchent, pendant les dix ou douze jours qu'elles gardent le lit, les plaques disparaissent rapidement. Aussi ai-je pris l'habitude de tenir au lit, en même temps que je les cautérisais, les malades enceintes atteintes d'œdème des grandes lèvres et de plaques muqueuses rebelles.

Je conclus maintenant, Messieurs.

Les chancres indurés ou parcheminés guérissent en deux ou cinq semaines par les cautérisations et les cataplasmes.

Les plaques muqueuses guérissent par tous les traitements, pourvu qu'ils ne détériorent pas les malades, mais le repos et les cautérisations guérissent plus vite que tout autre moyen.

Les syphilides cutanées, miliaires précoces, papuleuses et tuberculo-ulcéreuses guérissent en trois mois au moins ou six mois au

plus, quand elles sont confluentes; en un mois quand elles sont disséminées, sans que la santé générale s'altère, pendant qu'on fait suivre aux malades un bon régime et qu'on leur fait prendre des bains. Par guéries j'entends que les éruptions soient réduites à l'état de macules semblables aux macules de la variole dans les trois mois qui suivent l'éruption. Les sypbilides tuberculeuses serpigineuses, sans ulcérations profondes, guérissent en deux mois ou deux mois et demi par l'application de teinture d'iode sur les plaques tuberculeuses, ou par l'application de pommade à l'huile de cade ou d'huile de cade pure.

Les gommes ne résistent pas à des traitements locaux bien dirigés et à de l'iodure de potassium ou du sirop d'iodure de fer et de l'huile de foie de morue, chez les scrofuleux. Elles ont la durée habituelle des abcès froids, à moins que l'ouverture de la gomme ne devienne phagédénique et qu'on ne la cautérise pas.

Les iritis guérissent en douze ou quinze jours par un collyre mydriatique assez fort, 20 centigrammes d'atropine pour 40 grammes d'eau distillée, les vésicatoires aux tempes, les sinapismes aux cuisses, principalement chez les femmes, les pédiluves sinapisés et les dérivatifs sur le tube digestif. Le calomel à dose fractionnée, le proto-iodure à haute dose ne font ni mieux ni plus vite; on substitue seulement, au dommage des dents, la dérivation buccale à la dérivation intestinale. S'il y a hypopion menaçant ou menace d'abcès de l'iris chez des malades dont le début de l'iritis a été négligé, les ponctions de la cornée hâtent la guérison. Mais je ne puis m'empêcher de dire que quand, de guerre lasse, après un certain temps de traitement par les révulsifs, on donne du proto-iodure, il ne faut pas prendre le temps où on donne ce médicament pour une période d'état de l'iritis, mais bien la considérer comme la période de résolution, qui, dans les iritis légères, dure sept jours, et quinze jours dans les iritis graves. Je tenais à prévenir mes collègues sur ce point, pour éviter encore des méprises.

Les femmes qui gagnent la sypbilis au début de la grossesse avortent ou accouchent avant terme presque fatalement, comme toutes les malades atteintes de maladies graves à cette période de leur grossesse. On peut amener les enfants à terme : c'est ce que j'ai fait pour une malade dont je vous ai parlé l'année dernière, mais je n'ai pu faire vivre l'enfant, parce que la mère était une mauvaise nourrice. Les femmes qui gagnent la syphilis pendant leur grossesse amènent leur enfant à terme, mais il arrive de deux choses l'une : ou bien que l'enfant meurt d'inanition, sa mère étant une mauvaise nourrice, ou bien que la mère donne la sypbilis à l'enfant, s'il ne l'avait pas déjà.

Les femmes cessent d'avorter quand la période des plaques muqueuses est passée, c'est-à-dire quand la syphilis, après plusieurs périodes expulsives, arrive à sa fin.

Lorsqu'on envisage, sans parti pris, les faits, on voit que le traitement mercuriel ne change rien à la marche ni à la durée des accidents, que, s'il fait quelque chose, c'est prolonger la période des plaques muqueuses, l'économie cessant de se réparer pendant qu'on administre le mercure.

Voici un exemple des plus remarquables qui justifie cette proposition.

La femme J..., 25 ans, domestique, traitée, il y a trois ans, à l'hôpital Saint-Louis, pour des plaques muqueuses, prend, pendant six mois, deux pilules de proto-iodure par jour; un an après, elle entre à l'hôpital de Lourcine pour une récidive de plaques muqueuses; M. Panas lui administre encore des pilules de proto-iodure pendant trois mois. A peine sortie, la malade rentre à l'hôpital de la Pitié où, pendant six semaines, il lui est administré, pour ses plaques muqueuses, six semaines de pilules que je crois être des pilules de sublimé, car la malade dit avoir eu, à ce moment, de grands maux d'estomac et une salivation assez grave.

Cette malade est entrée dans mon service le 20 février 1868; elle avait quelques plaques muqueuses à la vulve; mais ce n'était point là ce qui existait de plus grave : la malade avait de la dyspepsie et une gastralgie, des douleurs névralgiques multiples, de l'anémie et un tremblement mercuriel léger.

J'ai prescrit un régime tonique, des bains salés et sulfureux, de l'iodure de potassium à la dose de 0,50 par jour, des amers et du vin de quinquina, de l'huile de foie de morne. Au bout d'un mois, la malade était à peu près dans le même état, sauf qu'elle avait un peu plus d'appétit.

Le 14 avril, elle est prise d'une stomatite ayant tous les caractères de la stomatite mercurielle : c'était une stomatite mercurielle expulsive, comme on en constate aujourd'hui, et M. Sée l'a rappelé à son cours, chez les individus atteints de cachexie mercurielle longtemps même après qu'ils ne manient plus de mercure.

Quelques jours après, la malade se trouvait mieux, et je remarquais qu'il était sorti, sur la tempe et le cou, du côté gauche, une éruption assez discrète de syphilide papuleuse. Le tremblement disparaissait, et l'état général de la malade devenait très-sensiblement meilleur à tel point que, quinze jours après, la malade demandait à quitter l'hôpital. Je la laissai partir, en lui recommandant l'usage des toniques et des bains sulfureux. Pendant les derniers temps de son séjour

dans mes salles, la malade avait repris des couleurs et de l'embonpoint.

Enfin, Messieurs, la syphilis étant une maladie infectieuse, analogue à la morve, la variole et l'infection purulente, se gagnant comme elles par une inoculation, n'a, pas plus que ces autres maladies, de contre-poison spécifique. Comme l'infection purulente et la morve, elle ne paraît pas après un accident local unique obligé. La syphilis entre tantôt avec un chancre, tantôt par une érosion chancreuse ou par une écorchure qui n'est suivie d'aucun accident local inflammatoire, ou par une lymphangite vulvaire autour d'une écorchure inoculée. De cette comparaison il ressort assez que, malgré des manifestations différentes, le mal est analogue dans les trois cas; et si les deux premières maladies n'ont point de contre-poison spécifique, il n'en est pas un pour la syphilis. Tout le traitement physiologique de ce mal consiste à traiter scrupuleusement les accidents locaux, à entretenir les fonctions de la peau, organe habituel de l'élimination du sang contaminé, et à soutenir la nutrition par un traitement tonique et réparateur.

Est-ce à dire qu'on préviendra ainsi toujours et sûrement les accidents graves? Non, Messieurs. Il est des malades chez lesquels la syphilis se plante sur un terrain déjà mauvais : ici chez un tuberculeux, là sur un rhumatisant, ailleurs chez un scrofuleux; ajoutez le misérable qui, depuis longtemps, a une nourriture insuffisante. Les toniques sont encore ici, cependant, ce qu'il y a de mieux indiqué: mais seront-ils suffisants? Jusqu'ici, j'ai lieu de croire qu'unis à de bons traitements locaux, ils réussissent à atténuer les accidents même graves. Mais je dois faire encore une réserve : il faut que ce traitement soit secondé par le repos et la tranquillité.

Une dernière remarque encore, et j'ai fini. La syphilis qui atteint les adolescents est moins grave que celle qui frappe les individus âgés. J'ai suivi des malades qui avaient gagné la syphilis à l'âge de 16, 17 et 18 ans. Depuis deux ans je les vois, elles n'avaient eu aucun accident autre que des plaques muqueuses et une syphilide papuleuse légère; la durée de leur mal n'avait pas dépassé quinze semaines, et depuis, elles ont toutes les apparences de la santé. Une, en un an, a eu des plaques muqueuses, des syphilides et quelques petites gommes douteuses. Depuis les derniers accidents, arrivés il y a seize mois, elle n'a rien eu et rien donné, et elle a toutes les apparences de la santé. Chez les vieilles femmes, au contraire, les maux sont plus rebelles. Ah! c'est que l'on ne se répare pas à quarante ans comme à vingt. A cet âge, en effet, la nutrition s'effectue avec une rapidité merveilleuse,

et je serais tenté de dire à ceux qui auront la mauvaise fortune de gagner la syphilis : Si vous attrapez la vérole, au moins que ce ne soit pas après vingt-cinq ans.

COMMUNICATION.

Sur la pilimiction et le trichiasis des voies urinaires.

M. Broca. J'ai été consulté, il y a environ quinze jours, par un malade de Roanne, âgé de 61 ans et atteint, depuis trois ans et demi, d'une affection des voies urinaires. Au début, il constata d'abord l'issue, par le méat urinaire, d'une matière qu'il prit pour du liquide séminal; mais son médecin reconnut bientôt qu'il s'agissait surtout d'une affection de la vessie, caractérisée par « des envies fréquentes d'uriner, des mictions douloureuses et des urines qui renfermaient du sable fin, des mucosités filantes et des poils. » (Note du docteur Tauchet, de Roanne.) Un voyage à Contrexéville fut suivi d'une amélioration passagère. Plus tard, le malade, craignant d'être atteint de la pierre, alla consulter M. Valette, de Lyon, qui le sonda et ne trouva aucun calcul.

Les mêmes accidents, avec diverses alternatives, ont persisté jusqu'à ce jour. Au mois de février dernier, la défécation était devenue douloureuse. M. Tauchet constata l'existence d'une tuméfaction uniforme de la prostate.

Le malade, après m'avoir fourni les renseignements qui précèdent et quelques autres peu importants, m'a montré quelques fragments de poils qu'il a rendus avec ses urines. Dans la même boîte, se trouvaient de petits fragments d'une matière calculeuse qu'il avait recueillis, à diverses reprises, au fond de son vase. Plusieurs médecins de Paris avaient déjà vu cette espèce de sable et n'avaient manifesté aucune surprise, sachant que l'existence des dépôts sablonneux est habituelle dans les cas de pilimiction. Mais, en examinant de plus près le contenu de la boîte, j'y trouvai, au milieu des grains calculeux proprement dits, deux petites lamelles dures, sèches, minces, recoquillées et semblables aux débris de la coquille d'un tout petit mollusque. Je jugeai que ce devait être des fragments de lamelles osseuses.

Interrogés avec soin, le malade et sa femme me racontèrent alors qu'à plusieurs reprises, des lamelles semblables et même plus grandes avaient été rendues avec les urines. Ils avaient cru que c'était une forme particulière de gravelle. Lorsque je leur demandai s'ils n'avaient jamais vu de fragments plus volumineux que l'on pût comparer à des morceaux d'os, ils répondirent négativement et parurent étonnés de

ma question. Ils n'avaient jamais vu, dirent-ils, que des fragments très-petits, à l'exception d'une pierre du volume d'un petit pois, *laquelle était très-dure*. Cette pierre avait des contours irréguliers, mais arrondis ; elle était polie, veinée de blanc et de gris très-clair, et ressemblait à un morceau de marbre poli. Supposant qu'il s'agissait d'une dent rudimentaire, j'insistai beaucoup pour voir ce fragment, que le malade croyait avoir apporté avec lui; mais il ne put retrouver la petite boîte dans laquelle il le conservait.

Malgré ce contre-temps, je crus pouvoir diagnostiquer un cas de pilimiction provenant de l'ouverture d'un kyste fœtal de la vessie. Pour compléter mon examen, je voulus introduire dans l'urèthre une sonde d'argent. Le malade s'y opposa, parce qu'il avait trop souffert, disait-il, dans les cathétérismes auxquels il avait été précédemment soumis, mais il me confia du moins la boîte où il conservait les corps qu'il avait rendus avec ses urines, et je pus ainsi examiner ces corps au microscope.

J'ai fait cet examen à l'hôpital, en présence de mes élèves, à qui j'avais d'abord exposé mon diagnostic. L'un des fragments de lamelles recourbées, dont j'ai parlé plus haut, fut placé sur le porte-objet : il était assez mince pour être transparent ; lorsqu'il fut humecté, il se laissa redresser aisément par la pression de la plaque supérieure, et nous pûmes constater alors qu'il s'agissait réellement d'un fragment de squelette.

J'ai conservé cette préparation, qui est actuellement déposée sur le porte-objet du microscope de la Société. Chacun de vous peut l'examiner. Ce n'est pas du tissu osseux véritable, mais bien une lamelle de cartilage dont la gangue est incrustée d'une grande quantité de granulations calcaires. Les cellules de cartilage présentent l'aspect le plus caractéristique : elles sont très-nombreuses, très-rapprochées et présentent les caractères que l'on rencontre dans les cartilages embryonnaires. Ce cartilage embryonnaire s'est incrusté de sels calcaires, mais n'a pas subi une ossification régulière; en devenant ferme, dur, cassant et opaque comme une lamelle d'os, il a conservé ses éléments microscopiques, de sorte qu'il n'existe pas d'ostéoplaste dans le fragment soumis à votre examen. Dans les points les moins transparents, là où les dépôts calcaires sont le plus abondants, les cavités du cartilage sont déformées, ratatinées; mais, en les étudiant avec soin, on voit que ce ne sont pas de véritables ostéoplastes.

Il suffit, d'ailleurs, qu'un fragment de cartilage embryonnaire ait été rendu avec les urines, pour que nous soyons autorisés à dire que la pilimiction est due à la communication établie entre les voies uri-

naires et un kyste fœtal. Le fait deviendrait plus intéressant, mais le diagnostic ne serait pas plus certain si le malade retrouvait le petit corps dentiforme que je considère, sans l'avoir vu, comme étant probablement une dent rudimentaire, et si l'examen microscopique y démontrait l'existence des tissus dentaires.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que j'ai également examiné au microscope l'un des poils contenus dans la boîte, et constaté que c'est un poil bien caracterisé, un poil humain. Si l'on m'objectait que le malade a pu, comme plusieurs autres dont on connaît l'histoire, introduire des poils dans son urine pour s'amuser à tromper les médecins, je répondrais qu'il s'agit ici d'un homme âgé et sévère, incapable de supercherie, et que, d'ailleurs, les débris de squelette que j'ai trouvés dans sa boîte, à son grand étonnement, suffisent parfaitement pour établir le diagnostic.

Ce cas diffère de ceux qui sont connus jusqu'ici par plusieurs particularités intéressantes : d'abord, l'âge où les accidents ont débuté (57 ans); — ces accidents se montrent, en général, beaucoup plus tôt; deux fois seulement ils ont commencé à 51 et 52 ans, jamais plus tard; — puis l'expulsion, à l'extérieur, de divers fragments de squelette et probablement d'une dent. Delpech a extrait une fois, de la vessie d'une jeune femme, après avoir dilaté l'urèthre, un corps gros comme un œuf de poule, où l'on trouva des poils implantés sur un lambeau de peau, et un petit os irrégulier dans lequel était fixée une petite dent. Mais, jusqu'ici, les malades n'avaient expulsé spontanément que des poils. Enfin, le point le plus saillant de mon observation, celui qui en fait la principale importance, c'est que *le sujet est un homme*, et que cependant la pilimiction provient d'un kyste fœtal.

Pour montrer l'importance de ce fait, je résumerai l'histoire de la question de la pilimiction. On trouve dans la science un assez grand nombre d'observations qui s'y rapportent, mais le seul travail d'ensemble est celui que Rayer a publié, en 1850, dans les *Mémoires de la Société de biologie.*

Il a cru devoir admettre, comme ses prédécesseurs, deux sortes de cas se rattachant, les uns à la *pilimiction* proprement dite, les autres au *trichiasis* simple ou essentiel des voies urinaires. Le trichiasis est constitué par des poils nés sur la muqueuse urinaire ; la pilimiction est symptômatique d'un kyste fœtal ouvert dans la vessie.

En admettant cette distinction, Rayer ne s'est pas dissimulé qu'il y avait lieu de se mettre en garde contre diverses causes d'erreur. Des poils peuvent être introduits dans la vessie à travers l'urèthre, et

simuler un trichiasis. Ainsi, Civiale a signalé l'introduction involontaire de poils détachés du pubis, égarés sur le méat urinaire, et poussés par une sonde jusque dans la vessie, surtout chez les malades qui se sondent eux-mêmes. Dans un cas cité par M. Paget, et où l'ouraque persistant faisait largement communiquer la vessie avec l'extérieur, on trouva, au centre d'un calcul vésical, un poil *unique* qui était probablement tombé dans la vessie à travers cette ouverture.

D'autres fois, ce sont des femmes aux goûts bizarres, qui se sont introduit des mèches de poils dans la vessie. Tel fut le cas célèbre qui donna lieu, au dernier siècle, à une correspondance entre Hans Sloane et Leuwenhoeck. Une dame, d'un âge respectable, rendit une touffe de poils qui fut envoyée à Leuwenhoeck. Celui-ci constata, au microscope, que ce n'était pas des poils, mais de la laine, et qu'au milieu de cette touffe de laine, il y avait de tout petits fragments de bois et de paille, toutes choses qui ne peuvent s'engendrer dans l'intérieur du corps. Un autre cas, plus piquant, a été publié par M. Cruveilhier.

Un chirurgien anglais montra, le 23 juillet 1814, à la clinique de M. Dupuytren, un calcul qui avait pour noyau une longue mèche de cheveux, et qui avait été retiré, à Londres, de la vessie d'une dame. Comme la couleur de la mèche différait de celle des cheveux de la malade, que celle-ci était, d'ailleurs, « une dame de qualité, de mœurs pures, » et qu'elle assurait, en outre, ne s'être jamais rien introduit dans la vessie, le chirurgien était persuadé que la mèche s'était formée dans cet organe; mais il fut reconnu, plus tard, que les cheveux étaient liés par un fil, ce qui n'a pas besoin de commentaires.

Rayer signala, en outre, une cause d'erreur d'un ordre tout différent : il cita des cas où des filaments filiformes avaient été rendus par l'urèthre et où il avait été reconnu, grâce à un examen plus attentif, et surtout à l'aide du microscope, que ces filaments étaient constitués par des mucosités incrustées de sels calcaires, sans aucune trace de poils.

Éliminant ainsi bon nombre de cas de trichiasis des voies urinaires, il ne poussa pourtant pas le scepticisme jusqu'à nier l'existence de ce trichiasis. Il admit donc, comme deux espèces parfaitement distinctes, le trichiasis et la pilimiction, et s'efforça de chercher des faits propres à établir la réalité de ces deux affections.

Pour la pilimiction, la démonstration fut facile : il y avait en effet, dans la science, sans parler de plusieurs cas qui n'étaient que probables, cinq observations bien positives : trois avaient été complétées par l'autopsie : c'étaient celles de de la Rivière, d'Hamelin et de Philipps. Dans ces trois cas, après avoir constaté l'existence de la

pilimiction pendant la vie, on avait trouvé, à l'autopsie, des kystes fœtaux très-évidents, ouverts spontanément dans la vessie.

Deux autres faits, quoique non suivis d'autopsie, n'étaient pas moins concluants : c'était d'abord celui de Delpech, que j'ai déjà indiqué. La masse que ce chirurgien enleva de la vessie à travers l'urèthre dilaté renfermait, comme on l'a vu, des poils, de la peau, un os et une dent qui provenaient manifestement d'un kyste fœtal. L'autre cas était emprunté à la pratique de notre collègue, M. Larrey. Une femme de 33 ans vit persister, après sa troisième grossesse, une tumeur du volume d'un œuf de poule, qui occupait la fosse iliaque gauche. Cette tumeur devint plus tard le siége d'une inflammation douloureuse, puis elle suppura et s'ouvrit à la fois à l'extérieur, vers la partie gauche de l'hypogastre, et à l'intérieur, dans la vessie. Des poils et de la matière grasse furent rejetés à la fois par l'urèthre et par les fistules hypogastriques. Ayant constaté, avec la sonde, l'existence d'un volumineux concrétus calculeux dans la vessie, M. Larrey élargit d'abord, par une incision, la fistule extérieure, pénétra dans une cavité kystique, où il trouva une mèche de cheveux, puis découvrit profondément une ouverture qui communiquait avec la vessie, débrida cette ouverture et parvint ainsi dans la vessie, d'où il retira un volumineux calcul formé autour d'un amas de poils. La malade guérit comme celle de Delpech, mais ces deux faits sont aussi concluants que des autopsies.

L'existence de la pilimiction symptomatique de kystes fœtaux ouverts dans la vessie étant ainsi démontrée par des faits anatomiques incontestables, Rayer s'occupa de réunir des faits relatifs au trichiasis simple; mais ici, les observations anatomiques lui firent presque entièrement défaut. Pour toute preuve il ne trouva, dans la science, qu'une phrase de Bichat qui, parlant des poils des membranes muqueuses, avait dit : « On en a vu dans la vessie, l'estomac, les intestins. Divers auteurs en citent des exemples. *J'en ai trouvé sur des calculs des reins.* » Cette assertion sommaire est d'autant plus loin de constituer une preuve, qu'on connaît aujourd'hui les faux poils ou filaments filiformes des voies urinaires, et que Bichat ne donne aucun détail propre à montrer qu'il ait échappé à cette cause d'erreur.

Rayer avait le sens trop droit pour édifier, sur une base aussi fragile, la théorie du trichiasis urinaire essentiel. Il reconnaissait que, dans tous les cas où la cause de la présence des poils dans l'urine avait pu être anatomiquement constatée, on avait trouvé qu'il s'agissait de kystes fœtaux, et il faisait bon marché de l'assertion sans

preuves de Bichat. Il était naturel, d'après cela, de se demander si les cas où la guérison des malades, où l'interdiction de l'autopsie avait empêché de découvrir l'origine des poils urinaires, n'étaient pas de même nature que ceux où l'existence d'un kyste fœtal avait été constatée. Pourquoi donc continua-t-il à admettre résolûment la réalité du trichiasis simple, et pourquoi son travail a-t-il contribué à dissiper les doutes conçus déjà par plusieurs de ses prédécesseurs? Ceci se rattache à une question d'un tout autre ordre, que je n'ai pas l'intention de traiter ici, l'origine des kystes fœtaux. C'est un fait bien connu que ces kystes sont très-communs dans l'ovaire, et on est assez généralement disposé à les considérer comme des produits de conception ovarique. Pour ma part, ayant eu plusieurs fois l'occasion de trouver dans l'ovaire de petites filles encore éloignées de l'âge de la puberté, des kystes fœtaux en tout pareils à ceux qui, après la puberté, sont considérés comme des produits de conception, je suis convaincu que la plupart de ces kystes datent de la vie embryonnaire, soit qu'on veuille les rattacher à la théorie de l'inclusion fœtale, ou que, suivant une opinion qui me semble bien plus probable, on les attribue simplement à une hétérotopie, consécutive à la constitution défectueuse d'un germe unique; et ce qui dépose surtout contre l'hypothèse d'une grossesse ovarique, c'est que l'on a trouvé chez l'homme, dans un grand nombre de régions du corps, y comprise la région abdominale, des kystes fœtaux tout à fait semblables à ceux de l'ovaire.

Mais Rayer était de ceux qui considéraient les kystes fœtaux ovariques comme des produits de conception. Il était donc disposé à croire que la pilimiction symptomatique des kystes fœtaux ne pouvait se présenter que chez les femmes déjà pubères. Or, il se trouvait précisément que les cinq cas où la cause de cette pilimiction symptomatique avait été anatomiquement démontrée, étaient relatifs à des femmes pubères ou mariées. Cette circonstance paraissait décisive, et si la pilimiction symptomatique était toujours due à un produit de conception ovarique, il fallait bien trouver une autre explication pour les cas où les poils urinaires avaient été rendus par des sujets du sexe masculin ou par des filles encore impubères.

Ce fut ainsi que Rayer fut conduit à maintenir, comme une espèce bien differente de la pilimiction, le trichiasis essentiel des voies urinaires, auquel il rattache presque tous les faits cliniques sans autopsie. Il aurait peut-être mis plus de réserve dans l'interprétation de ces faits, s'il avait su que la pilimiction véritable, la pilimiction fœtale, peut exister chez l'homme aussi bien que chez la femme.

L'observation que je viens de vous communiquer tire donc son

importance du sexe du malade sur lequel je l'ai recueillie. Je ne me crois pas autorisé, pour cela, à nier l'existence du trichiasis essentiel. Il est démontré que des poils peuvent se former accidentellement sur plusieurs points de la muqueuse digestive, non-seulement chez les herbivores et chez le chien, mais encore chez l'homme. Il n'y a donc aucune raison pour nier *à priori* la possibilité d'une production de poils par la muqueuse urinaire. Mais, en fait, les preuves directes de cette possibilité nous font défaut jusqu'ici. On n'en avait qu'une preuve indirecte, tirée de la présence des poils dans l'urine des individus du sexe masculin, et le fait que j'apporte ôte toute valeur à cette preuve. Je crois donc pouvoir conclure, de mon observation, que l'existence du trichiasis essentiel des voies urinaires n'est pas encore démontrée.

COMMUNICATION.

Luxation coxo-fémorale.

M. Tillaux. Les luxations coxo-fémorales sont assez rares, l'occasion d'en faire la dissection se présente assez peu souvent pour que j'aie pensé qu'il y avait quelque intérêt à vous communiquer le fait suivant. Ce fait, du reste, n'est pas simple, et me paraît de nature à soulever plusieurs questions importantes de pratique chirurgicale que je désire soumettre à votre appréciation.

En voici d'abord la relation : J. Nicolas, âgé de 29 ans, cocher à Paris, subit au mois de novembre 1867 un traumatisme sur lequel je n'ai pu avoir des détails. Je ne saurais non plus préciser la date. Il fut traité pour une contusion de la hanche gauche d'abord par les cataplasmes, puis par les vésicatoires volants. Après plusieurs semaines, il put se lever et marcher, mais très-péniblement et avec une claudication énorme. Le 13 mai 1868, c'est-à-dire cinq mois au moins après l'accident, il eut l'idée de venir consulter, à l'hôpital de la Pitié, et le même jour il entrait dans le service de M. Broca. Notre collègue n'eut pas de peine à reconnaître une luxation coxo-fémorale en arrière : il propose au malade une tentative de réduction qui fut acceptée. M. Broca se servit de l'appareil de M. Mathieu, et fit sur le membre inférieur une traction de 240 kilogrammes. Il obtint un allongement considérable du membre, mais la réduction ne put être effectuée, et la tête du fémur reprit sa place. Aucun accident ne survint à la suite de cette opération, et le malade sortit, sur sa demande, de l'hôpital, le 21 mai, c'est-à-dire huit jours après son entrée.

Qu'a fait le malade après sa sortie de l'hôpital? A-t-il travaillé?

S'est-il fatigué ? C'est probable, mais je n'ai pu avoir de renseignements à cet égard. Toujours est-il qu'il se présentait quinze jours plus tard, le 5 juin, à l'hôpital Saint-Antoine, où il fut admis dans le service de M. le docteur Lorain. Notre collègue constata un empâtement considérable de la hanche gauche et une péritonite caractérisée par du ballonnement, une douleur abdominale intense, des vomissements incoërcibles, etc. Le malade succombait le lendemain de son entrée 6 juin.

M. Lorain, que je remercie vivement, a bien voulu me confier l'autopsie de son malade, et j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux la pièce pathologique.

La mensuration pratiquée sur le cadavre donne 9 centimètres de raccourcissement. La rotation en dedans n'est pas très-prononcée, mais il est possible de l'exagérer, tandis que toute rotation en dehors est impossible. La tête du fémur fait en arrière une saillie mobile très-appréciable à la vue et au toucher. Le grand fessier, disséqué, est notablement atrophié. Au-dessous de lui se trouve immédiatement la tête du fémur et sa nouvelle capsule. La tête baigne dans le pus qui remplit la capsule, le muscle moyen fessier est infiltré du même liquide, et la fosse iliaque externe en est remplie. Le pus occupe également l'ancienne cavité. Le muscle obturateur externe, le trou sous-pubien et le muscle obturateur interne présentent le même aspect, c'est-à-dire qu'ils sont en contact de toute part avec le liquide purulent. En ouvrant l'abdomen, on constate une péritonite généralisée; mais beaucoup plus intense dans le petit bassin par où elle doit avoir débuté. La marche a donc été la suivante : inflammation de la nouvelle articulation, extension à l'ancienne, puis à l'obturateur externe, à l'interne, et enfin au péritoine.

Situation de la tête du fémur. — La tête du fémur siége au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde, au-dessous de l'échancrure sciatique au niveau de l'épine sciatique. C'est donc une luxation du fémur en arrière, variété ischiatique de Malgaigne, ilio-ischiatique de M. Nélaton, sacro-sciatique de Gerdy. Une dépression très-légère existe sur l'os iliaque dans le point correspondant à la pression de la tête. Cette tête n'a subi aucune altération, elle a conservé son volume et sa forme, et est recouverte complétement de cartilage.

La nouvelle capsule s'est formée aux dépens des muscles du voisinage et principalement du grand fessier. On y trouve du tissu fibreux de formation nouvelle, et de plus toute la partie antérieure de l'ancienne capsule. Par suite du mouvement de rotation de la tête, en dehors et en arrière, cette portion de capsule, normalement oblique en

bas, est devenue transversale et constitue une bride extrêmement résistante. Un fait remarquable, c'est l'existence au milieu de la capsule, dans le point correspondant à l'extrémité de la tête, d'une sorte de cupule osseuse perforée à son centre, arrondie, de 6 centimètres de diamètre environ, et s'emboîtant exactement avec le sommet de la tête fémorale. Cette capsule osseuse est-elle de formation nouvelle? Où bien est-elle une portion du fond de la cavité cotyloïde détachée au moment de la luxation? Je penche pour cette dernière opinion; mais c'est un point délicat sur lequel j'appelle l'attention de mes collègues.

L'ancienne cavité cotyloïde est presque complétement obturée par les débris de la capsule primitive et par les produits fibreux de formation nouvelle.

Les rapports de la tête avec les muscles sont les suivants : elle est immédiatement recouverte par le grand fessier, au-dessus d'elle se trouvent le moyen fessier, le pyramidal, l'obturateur interne, et les jumeaux; au-dessous d'elle, l'obturateur externe et le carré crural; ce qui signifie qu'au moment de la luxation, après avoir brisé la capsule en arrière, la tête s'est échappée entre le muscle obturateur interne en haut et le carré crural en bas.

Quant aux nouveaux rapports du grand trochanter avec les saillies osseuses du bassin, la situation seule de la tête du fémur les fait suffisamment pressentir sans que j'y insiste.

Quels ont été les obstacles à la réduction tentée par M. Broca? Je pense, messieurs, qu'on ne saurait conserver de doute à cet égard. J'ai enlevé tous les muscles en ne conservant que la capsule, et il m'a été impossible d'obtenir le moindre semblant de réduction avec une forte traction. C'est cette portion de l'ancienne capsule signalée plus haut formant une énorme bride transversale, tendue de l'épine iliaque antéro-inférieure au grand trochanter, qui constituait sinon l'unique, du moins l'essentiel obstacle à la réduction, et la preuve, c'est qu'il m'a suffi d'en détacher une portion à son insertion fémorale pour obtenir de suite le dégagement de la tête.

Si les tractions pratiquées sur le membre avaient pu détruire ces obstacles, la réduction eût-elle été possible? On aurait certainement réussi, ainsi que je vous le montre, à mettre en regard la tête fémorale de la cavité cotyloïde, mais il me paraît résulter de l'examen de la pièce, que la coaptation ne pouvait se faire puisque le cotyle est presque entièrement comblé.

Permettez-moi, messieurs, en terminant, d'adresser à la société deux questions :

1° Jusqu'à quelle époque est-on autorisé à tenter la réduction d'une ancienne luxation en général, celle de la hanche en particulier?

2° Quelle est la limite de traction que le chirurgien ne doit pas dépasser sans danger pour le malade?

La séance est levée.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

Séance du 24 juin 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

(*La correspondance de ce jour ayant été perdue à l'imprimerie, manque au bulletin.*)

M. Ciniselli, de Crémone, adresse à la Société la lettre suivante :

Anévrysme de la carotide primitive

« C'est par la publication du bulletin de la Société de chirurgie que je viens d'apprendre la courte discussion touchant mon observation de l'anévrysme de la carotide guéri par la compression directe, présentée de ma part par le vénérable et regretté M. Velpeau. C'est à ce propos que j'adresse maintenant quelques mots à l'honorable Société.

« L'observation, comme l'a dit M. Velpeau, est des plus intéressantes, et il est bien naturel que la guérison inespérée ait fait douter le savant professeur, de la blessure de la carotide, et penser qu'il s'agissait de la blessure de l'une de ses branches. Ce doute, partagé par M. Le Fort, l'a été, peut-être, par beaucoup d'autres; je l'avais conçu moi-même en présence de la maladie qui m'occupait.

« En effet, les symptômes objectifs ne m'assuraient pas quelle était l'artère blessée, et j'ai manifesté mes doutes aux collègues que j'avais réunis en consultation, m'appuyant sur la position de la tumeur, qui déposait plus pour la blessure de la thyroïdienne supérieure ou de l'artère linguale à leur origine, que de la carotide. La compression de

l'artère au-dessous de la tumeur ne pouvait apporter plus de précision au diagnostic, comme elle n'aurait pu exclure absolument le doute de M. Le Fort, que l'anévrysme eût été de l'artère vertébrale.

« Ç'a été la régression de la maladie et sa guérison même, qui nous ont éclairé sur son véritable siége. Lorsque la tumeur a été réduite à la grosseur d'une noisette, et puis à celle d'un petit noyau endurci, on apercevait bien qu'elle tirait son origine de la carotide primitive à sa partie supérieure. La même chose a été constatée avec plus d'évidence onze mois après la guérison obtenue, lorsque, la tumeur étant complétement disparue, il ne restait plus qu'une petite nodosité inégale, aplatie, siégeant à la partie supérieure de la carotide primitive.

« Le sujet dont il est question, dans le cours de sa maladie et après la guérison, a occupé l'attention des chirurgiens les plus distingués et compétents de Côme et de Crémone.

« J'espère que la Société, qui contribue avec tant de succès au progrès de la pratique chirurgicale, voudra bien accueillir les renseignements que j'ai l'honneur de soumettre à son appréciation. »

Crémone, 10 juin 1868.

DISCUSSION.

Luxations de la hanche.

M. Broca. Le malade de M. Tillaux ne présentait aucune ecchymose; il voulut sortir dès le deuxième jour, je ne pus le retenir que jusqu'au cinquième, et probablement il se livra au travail, ce qui paraît avoir amené la péritonite dont il est mort.

La pièce présente une particularité remarquable; la capsule est doublée d'une cupule osseuse que M. Tillaux tend à regarder comme le fond de la cavité cotyloïde détaché par une fracture. Or, le malade a vécu cinq mois, et ce temps est plus que suffisant pour permettre la diminution de la cavité cotyloïde, par conséquent on ne peut s'appuyer sur cette rétraction.

L'os nouveau est étendu comme surface et non comme épaisseur; l'épaisseur seule exige du temps; l'étendue en surface ne laisse rien préjuger comme temps, car le travail d'ossification peut débuter, non par un seul point, mais par toute la largeur de la capsule

Quelle est la variété à laquelle appartient cette luxation? Gerdy est celui qui a le mieux classé les luxations en arrière. Dans ses trois variétés se trouve la luxation sacro-sciatique, que MM. Malgaigne et

Nélaton ont éliminée. C'est à cette variété que nous avons à faire, et si je ne la diagnostiquai pas tout d'abord, je la diagnostiquai pendant la réduction.

M. Tillaux a soulevé plusieurs questions. Jusqu'à quelle époque peut-on faire la réduction? Je suis convaincu que la luxation sacro-sciatique doit devenir promptement irréductible, peut-être, comme le dit Malgaigne, après quinze jours, et je crois qu'après cette époque il faut s'abstenir, et je me serais abstenu si le diagnostic avait été fait avant et non pendant les tentatives.

M. Tillaux demande aussi jusqu'à quel degré de traction on peut aller. Je suis allé jusqu'à 240 kilogrammes, limite que je ne crois pas qu'il faille jamais dépasser. Ai-je eu tort d'aller jusque-là? Je ne le crois pas, le malade n'ayant éprouvé les jours suivants aucun accident, et pour ainsi dire aucune douleur.

M. Chassaignac. Je pense que cinq mois sont suffisants pour amener le rétrécissement de la cavité cotyloïde, à moins qu'il n'y ait eu lésion de l'os lors de la luxation. Je repousse les extensions longitudinales et crois qu'il ne faut employer que les mouvements de rotation.

Quant à l'étendue de la force employée, s'il est utile de la mesurer pour ne pas aller trop loin, cette mensuration ne sert à rien dans chaque cas particulier, car telle force de 80 kilogrammes pourra amener des accidents, alors que dans la généralité des cas on peut aller jusqu'à 240.

M. Tillaux. Je crois que la production osseuse est de date ancienne et a été arrachée de la cavité cotyloïde lors de la luxation. L'examen de la pièce montre un grand nombre d'ostéoplastes parfaitement formés, et les os de nouvelle formation ne les présentent ni avec cette quantité, ni avec cette perfection de forme.

Je désire surtout attirer l'attention sur la classification des luxations de la hanche. M. Broca dit que toutes les fois que la tête sort au-dessous de l'obturateur interne et du pyramidal, elle est bridée par ces deux muscles et retenue en bas, et ne peut devenir iliaque. J'ai cherché sur le cadavre par quel interstice musculaire sort la tête du fémur; dans toutes mes expériences, la tête est sortie au-dessous du pyramidal, et je ne crois pas qu'elle puisse jamais sortir au-dessus de ces muscles. (M. Tillaux fait sa démonstration sur une pièce récemment préparée.)

De plus, ce qui limite l'ascension de la tête, ce ne sont pas les muscles, c'est la capsule, et si dans la luxation iliaque la réduction est plus facile, c'est que la production de cette luxation exige la déchirure plus complète de la capsule.

M. Broca. La lamelle osseuse est, comme le dit M. Tillaux, composée de corpuscules osseux disposés de telle sorte qu'elle paraît être de formation plus ancienne que ne permet de la soupçonner M. Tillaux. Mais comment expliquer le mécanisme de l'arrachement du fond de la cavité cotyloïde et, si le fond de la capsule a été arraché, comment expliquer que la cavité qui devait être élargie est au contraire rétrécie?

Quant à ce qu'a dit M. Chassaignac, je ne puis répondre que ceci: nous n'allons pas jusqu'à 240 kilogrammes sans regarder ce qu'il en advient du côté de la luxation, mais nous nous servons du dynamomètre pour être certain de ne pas dépasser les limites de la prudence.

La limitation du déplacement peut bien être causée par les ligaments dans les luxations récentes, mais il n'en est plus de même dans les luxations anciennes, et nous savons qne la tête du fémur remonte ou peut remonter vers la crête iliaque, lorsque le malade se livre à la marche.

M. Tillaux. M. Broca nous a dit que, suivant le point par lequel sort la tête, on a telle ou telle variété : iliaque si la tête sort au-dessus de l'obturateur interne, ischiatique si c'est au-dessous. Toujours dans la flexion la tête sort sous l'obturateur interne, et elle remonte plus ou moins, suivant l'intégrité plus ou moins grande de la capsule.

M. Broca. Dans ses expériences, M. Tillaux n'a pas obtenu la variété sur laquelle nous discutons, puisque dans ses cas le muscle obturateur était déchiré, tandis qu'il ne l'était pas dans le cas de Gerdy, dans le mien et dans la luxation que nous avons sous les yeux.

Je viens d'examiner la pièce, je ne crois pas que ce soit le fond de la cavité cotyloïde qui constitue la plaque osseuse que l'on remarque.

M. Després. Une partie du rebord de la cavité cotyloïde a été détachée, et sur cet os on retrouve une plaque osseuse de nouvelle formation, une végétation du tissu osseux arraché; de plus le fond de la cavité cotyloïde est recouvert de cartilage, ce qui n'aurait pas lieu s'il avait été enlevé; car le cartilage, on le sait, ne se reproduit pas sur les surfaces articulaires qui en ont été privées. A l'examen microscopique que je viens de répéter, j'ai vu que le cartilage du fond de la cavité cotyloïde était normal, l'os contient des ostéoplastes et des canalicules, mais dans la partie la plus mince il y a des cellules qui renferment de la graisse, ce qui est le propre des ossifications de nouvelle formation.

M. Chassaignac ne croit pas que l'obturateur interne puisse retenir le fémur et gêner son ascension puisqu'il s'insère sur cet os et qu'il est par conséquent mobile avec lui.

PRÉSENTATION.

M. Depaul présente un enfant né il y a trois jours, dans son service, et qui porte deux dents incisives médianes inférieures.

ÉLECTION.

M. Duplay.............	16 voix.
M. Paulet..............	9 —
Bulletin blanc...........	1 —

M. Duplay est nommé membre titulaire de la Société.

La séance est levée à six heures moins le quart.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 1er JUILLET 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — L'*Union médicale de la Provence*.

— M. le docteur G. Pouliot adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : *Ponction vésicale hypogastrique*.

COMMUNICATION.

Luxations de la hanche *(suite)*.

M. Tillaux, Je vous demande la permission, Messieurs, de compléter aujourd'hui ce que j'ai dit dans la dernière séance relativement au mécanisme de la production des luxations iliaque et ischiatique.

M. Broca nous a dit : Lorsque la tête du fémur passe au-dessous du muscle obturateur interne, elle est bridée par ce muscle, qui constitue une véritable sangle, et la luxation est sacro-sciatique ; lorsqu'elle passe au-dessus de l'obturateur interne, la luxation est alors iliaque.

Malgaigne est un des premiers, sinon le premier, qui ait établi sa classification d'après l'interstice musculaire à travers lequel s'engage la tête du fémur. Je cite ce passage, dont je vais faire la base de mon argumentation : « Dans la luxation ischiatique, dit-il, la tête s'échappe toujours au-dessous de l'obturateur interne, qui occupe la petite échancrure sciatique, et des jumeaux, qui sont en quelque sorte ses satellites. Tantôt elle déchire seulement le carré qui est au-dessous, tantôt seulement les jumeaux, tantôt les jumeaux et le carré à la fois, *l'obturateur interne restant comme une barrière pour empêcher la tête de remonter ;* et enfin dans le cas de Wormald, si l'obturateur était rompu, ce qui restait des jumeaux en faisait l'office. Sans doute, cette barrière peut être franchie, *et alors la luxation devient iliaque* ; mais quand elle est primitivement iliaque, c'est-à-dire quand la tête est au-dessus du muscle obturateur interne, je doute qu'elle puisse redescendre au niveau de l'épine sciatique, à moins qu'elle n'y soit ramenée par les manœuvres du chirurgien. En un mot, la tête sortant par-dessous l'obturateur interne, est toujours luxée sur l'ischion, et peut consécutivement remonter sur l'ilium; la tête sortant par-dessus donne toujours une luxation iliaque. »

Rien n'est donc plus clair, Messieurs, que la théorie actuellement régnante sur la luxation coxo-fémorale en arrière :

1° Ce sont les muscles qui s'opposent à l'élévation de la tête du fémur ;

2° Lorsque la tête fémorale passe au-dessus de l'obturateur interne, la luxation est toujours iliaque; si elle passe au-dessous, elle est ischiatique ;

3° La luxation ischiatique n'est qu'un degré de la luxation iliaque, et ces deux espèces se transforment facilement l'une en l'autre.

Je crois pouvoir vous démontrer, Messieurs, que ces trois propositions sont inexactes, c'est-à-dire que :

1° Ce ne sont pas les muscles qui s'opposent à l'ascension de la tête du fémur;

2° Ils ne sauraient par conséquent en aucune façon influencer l'espèce de luxation ;

3° Les luxations iliaque et ischiatique reconnaissent une cause tout autre que la résistance de l'obturateur interne ou des jumeaux; elles constituent deux espèces très-distinctes l'une de l'autre, tellement distinctes qu'il est impossible de jamais transformer l'une en l'autre.

Il est très-facile de prouver que les muscles pelvi-trochantérieurs n'ont qu'une influence nulle sur la migration de la tête fémorale. Voici une pièce sur laquelle j'ai produit une luxation ischiatique avec conservation des muscles : je coupe successivement l'obturateur interne, les jumeaux, le pyramidal, le moyen fessier, le petit fessier, le carré crural, l'obturateur externe, et vous pouvez constater que toutes ces sections ne permettent pas de faire avancer la tête de 1 millimètre. — Le véritable obstacle n'est donc pas là, il est dans la capsule. Que les muscles sur le vivant ajoutent leur résistance à celle de la capsule, je le veux bien, mais il me paraît évident, d'après cette expérience, que le rôle des muscles est tellement minime, qu'on doit le négliger dans la détermination de l'espèce de luxation.

Si la capsule est l'unique obstacle à la migration de la tête, c'est donc elle qui doit nous fournir la raison du siége different qu'occupe sur l'os iliaque la tête déplacée. En effet, vous pouvez aisément le constater sur les pièces que voici :

La luxation coxo-fémorale en arrière se produit toujours dans un mouvement de rotation en dedans et d'adduction combinée avec une flexion plus ou moins grande, soit de la cuisse sur le bassin, soit du bassin sur la cuisse. Dans cette situation, la tête du fémur presse sur la capsule en bas et en arrière, et la brise. Ainsi donc, déchirure de la capsule en bas et en arrière, conservation de la capsule en avant et en haut, tel est le premier résultat. Je le produis devant vous sur cette pièce. Qu'en résulte-t-il ? La tête du fémur, échappée de la cavité cotyloïde, repose sur le rebord cotyloïdien, vis-à-vis l'échancrure ischiatique : la luxation est incomplète et ischiatique. Ce résultat cadavérique est exactement celui que je retrouve dans Malgaigne. Cet auteur cite trois autopsies de luxations ischiatiques incomplètes où l'état de la capsule est mentionné. Cas de Bidard : capsule rompue en bas dans une étendue de 7 centimètres; deuxième cas du même chirurgien : moitié postérieure de la capsule rompue dans l'étendue

de 8 centimètres. Cas de Robert : capsule largement ouverte en bas et en arrière. On peut donc formuler la règle suivante :

Toute luxation coxo-fémorale en arrière commence toujours par une déchirure de la capsule, soit directement en arrière, soit en has et en arrière (selon le degré de flexion du fémur au moment de l'accident) ; la luxation est alors toujours incomplète, et de plus, toujours ischiatique.

La luxation reste incomplète aussi longtemps que les parties antérieure ou supérieure de la capsule sont intactes.

Sur cette pièce où je viens de produire une luxation incomplète, je puis obtenir une luxation complète, soit iliaque, soit ischiatique, suivant ma volonté.

Pour transformer une luxation incomplète en luxation complète, il faut diviser la partie supérieure de la capsule, c'est-à-dire que toute la capsule, sauf la partie antérieure, est divisée.

Sur cette autre pièce, où j'ai également produit une luxation incomplète, comme dans le cas précédent, j'obtiens uue luxation ischiatique, en divisant la partie antérieure de la capsule, en sorte que toute la capsule, sauf la partie supérieure, a été divisée.

Voici donc, Messieurs, deux pièces sur lesquelles une même lésion initiale a produit la même luxation incomplète. Ces deux luxations incomplètes, je les transforme en deux luxations complètes, d'un type tout différent, suivant le point de la capsule que je respecte.

Je conclus légitimement de cette expérience :

1° Uue luxation iliaque complète n'existe qu'à condition de l'intégrité de la capsule en avant ;

2° Une luxation ischiatique complète n'existe qu'à condition de l'intégrité de la capsule en baut.

Une conséquence forcée de ce qui précède, c'est l'impossibilité de transformer une luxation iliaque en luxation iscbiatique et réciproquement. Les pièces que voici vous en fournissent d'ailleurs la preuve matérielle. La transformation ne peut être faite qu'à condition de déchirer ce qui reste de capsule, et dans ce cas, la tête devenant flottante, il n'y a plus de classification possihle.

Appliquant, Messieurs, ce qui précède à nos classifications classiques, je dis qu'il n'y a bien réellement que deux grandes espèces de luxations coxo-fémorales en arrière : l'une iliaque, bien nommée aussi en haut, dans laquelle la tête du fémur repose sur l'ilium, dans des points variables sans doute, suivant la quantité de capsule qui reste intacte, mais sans jamais pouvoir arriver sur l'ischion ; l'autre, ischiatique, dans laquelle la tête fémorale repose sur des points va-

riables de l'ischion, suivant ce qui reste de capsule, mais sans jamais arriver sur l'ilium.

Il est difficile de reconnaître des degrés dans la luxation iliaque; la tête sera tantôt plus en avant, tantôt plus en haut, et nous trouvons ici la sus-cotyloïdienne de Malgaigne.

La luxation ischiatique, au contraire, sans changer de type, c'est-à-dire la tête fémorale regardant en arrière et reposant sur l'ischion, présente trois degrés très-accusés et faciles à reproduire sur le cadavre.

Suivant que l'on divise tout ou partie du faisceau antérieur de la capsule, et à mesure qu'on le divise, vous voyez la tête se mettre successivement en rapport avec l'ischion, l'épine sciatique et l'échancrure ischiatique. C'est bien évidemment cette dernière variété que Gerdy a décrite comme luxation sacro-sciatique. C'est donc à tort que M. Nélaton l'a réunie à la luxation sciatique; elle n'est que le degré le plus prononcé de la luxation ischiatique.

Des diverses expériences que j'ai faites, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Dans la rotation de la cuisse en dedans et l'extension avec flexion légère, la tête du fémur répond au bord supérieur et à la face profonde de l'obturateur interne. Si la flexion est très-prononcée, elle répond au bord supérieur du carré crural;

2° L'interstice musculaire, à travers lequel s'engage l'extrémité luxée, n'a qu'une influence très-secondaire sur la situation ultérieure;

3° La capsule est l'agent qui limite à peu près exclusivement la migration de la tête fémorale dans la luxation en arrière;

4° La rupture de la capsule, en arrière seulement, ou bien en arrière et en bas, donne toujours lieu à une luxation incomplète ischiatique;

5° La rupture de la capsule, en arrière, en bas et en avant (la partie supérieure seule étant intacte), donne toujours lieu à une luxation ischiatique;

6° La rupture de la capsule, en arrière, en bas, et en haut, (la partie antérieure ou ligament de Bertin étant seule intacte), donne toujours lieu à une luxation iliaque;

7° Ces deux types de luxation, ischiatique et iliaque, sont tellement distincts qu'ils ne peuvent être transformés l'un en l'autre que par la rupture complète de la capsule.

DISCUSSION

M. Desprès. Je désire contrôler les expériences de M. Tillaux. La luxation iliaque qu'a produite notre collègue, sur sa pièce, n'est pas véritablement une luxation iliaque. Quant à la luxation ischiatique, impossible à produire suivant lui, si la partie antérieure de la capsule est conservée, je ne partage pas son avis, et je vois sur la pièce qu'il nous présente que la tête du fémur peut occuper le point désigné par tous les auteurs pour la luxation ischiatique incomplète.

Je ne crois pas que ces expériences, faites sur les articulations complétement isolées des muscles, puissent juger le mécanisme des luxations.

M. Lefort. La luxation que nous montre M. Tillaux, comme luxation iliaque, n'est pas du tout une luxation iliaque. Les trois saillies, graud trochanter, épine iliaque antérieure et sommet de l'ischion, ne sont pas sur la même ligne; le grand trochanter est très en avant des deux autres.

C'est là une luxation expérimentale, mais non une luxation comme la Clinique nous en montre.

M. Tillaux. Je ne comprends en vérité pas l'objection de MM. Lefort et Després. Comment, ce n'est pas là une luxation iliaque ? Mais qu'est-ce que c'est donc ?

Il y a évidemment une luxation, puisque la tête ne repose plus dans sa cavité. La tête repose par toute son étendue sur l'os iliaque. C'est donc bien une luxation iliaque. M. Lefort m'objecte que la tête n'est pas très-élevée dans la fosse iliaque. C'est évident; parce que je n'ai divisé de capsule que ce qu'il en faut pour produire la luxation mais il ne dépend que de moi de faire élever la tête, ce qu'elle fera à mesure que je diviserai des portions de la capsule restante. M. Després trouve que la tête est trop en avant, qu'elle repose sur l'os immédiatement au-dessous de la cavité cotyloïde, et que ce n'est par conséquent pas une luxation iliaque. Il oublie donc la variété à laquelle Malgaigne a donné le nom de sus cotyloïdienne. M. Després ajoute qu'il peut, sur la pièce, transformer la luxation iliaque complète en luxation ischiatique. Oui c'est vrai, mais en luxation ischiatique incomplète; or, c'est précisément par la démonstration de ce fait que j'ai commencé ma communication, c'est-à-dire que l'intégrité de la capsule en avant ne permettait jamais que d'obtenir une luxation ischiatique incomplète; mais ce que je déclare impossible, c'est

la transformation sur ces pièces d'une luxation iliaque complète en luxation ischiatique complète et réciproquement.

M. Desprès. Je maintiens que les positions indiquées par M. Tillaux ne correspondent pas à des faits pathologiques. Je me rappelle à cette occasion un fait que j'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1864. M. Dolbeau avait à réduire une luxation de la hanche, luxation iliaque bien franche et qui avait résisté déjà à des tentatives de réduction. Le malade soumis au chloroforme, M. Dolbeau exerça des tractions, puis, pratiquant la rotation unie à l'adduction et tirant brusquement, il n'obtint pas de réduction, mais transforma la luxation iliaque en luxation ilio-pubienne. Puis, par suite de mouvements d'adduction et d'abduction, la tête fut ramenée dans la fosse iliaque, après avoir passé par les positions qui constituent la luxation ovalaire, la luxation ischiatique, et la luxation ilio-ischiatique. Enfin, le malade étant tombé dans la résolution complète, un dernier effort détermina la rentrée de la tête dans la cavité cotyloïde. Comme la luxation ne s'est pas reproduite, comme la guérison a été obtenue en peu de temps, il est clair qu'il n'y avait pas rupture complète de la capsule, et que la persistance du ligament de Bertin, c'est-à-dire d'une bride fibreuse, même à la partie antérieure de la capsule, n'empêche la production d'aucune des luxations connues de la hanche.

M. Broca. Les expériences que fait M. Tillaux sont très-importantes, mais je crois qu'il a une trop grande tendance à faire asseoir l'édifice des luxations sur des expériences pratiquées sur le cadavre. Malgaigne s'est déjà plaint, à juste raison, de ce que l'on tenait pas suffisamment compte de tous les éléments dans l'étude de ces questions.

M. Tillaux, sur une articulation disséquée, dont la capsule seule est conservée, coupe un peu plus ou un peu moins de capsule et fait voir que l'on ne peut mettre la tête partout. Mais c'est un homme qui se fait une luxation et non un squelette disséqué ; or, chez l'homme vivant, il existe des forces autres que les ligaments. Certainement, pour que la luxation se produise, il faut que les ligaments soient rompus, mais cela ne suffit pas.

Quelle direction prendra la tête ? Oui, la résistance des ligaments jouera un rôle important, et c'est là l'idée fondamentale de toutes les recherches de Malgaigne sur les luxations ; mais indépendamment des ligaments, il y a les muscles, qui agissent d'abord comme obstacles dans certaines attitudes.

A moins de se mettre à l'aise, comme M. Tillaux, qui a tout coupé, il y a un certain nombre de luxations qu'on ne peut produire sur le

cadavre; aussi, c'est pour cela que des notions exactes d'anatomie pathologique nous font défaut dans cette question.

Si l'on ne tenait compte que des déchirures de la capsule, les variétés de luxation seraient indéfinies, mais il faut savoir grouper ces variétés, pour les dénommer, autour de quelques éléments importants qui entourent l'articulation.

Les expériences de M. Tillaux ont été entreprises à la suite d'une présentation qui m'avait permis de faire remarquer le rôle que les muscles peuvent jouer par rapport à la limitation du déplacement. Eh bien! M. Tillaux croit-il que la résistance des muscles soit insignifiante pour la réduction? Sur la pièce qui a été présentée par M. Tillaux, pour réduire la luxation, on était obligé d'élever considérablement le corps du fémur, puis de faire ensuite un mouvement de rotation et d'abaissement et l'on passait alors par-dessous la sangle musculaire.

Dans les luxations iliaques, la réduction a pu être obtenue après des mois, et même plus d'une année. Pour les luxations ischiatiques, il n'y a pas d'exemple de réduction après le quatorzième jour.

Il y a une très-grande différence, au point de vue de la réduction, entre les cas où l'os appuie sur l'os, et ceux dans lesquels cela n'existe pas.

En résumé, je pense qu'en matière de luxation, la véritable méthode consiste à tenir compte de tous les genres de recherches. J'estime les recherches de M. Tillaux, mais je les croirais dangereuses si elles étaient prises pour base de l'histoire des luxations.

M. Tillaux. Je ferai remarquer à M. Broca qu'il se méprend sur l'objet de ma communication et de mes expériences. Je n'ai pas le moins du monde en vue d'étudier ni d'indiquer le rôle des muscles ou des ligaments dans la production des luxations en général. Je me suis borné à rechercher le rôle que joue la capsule dans la production et la délimitation des diverses espèces de luxations coxo-fémorales en arrière. Je n'ai rien généralisé. Comment aurais-je pu comparer, en effet, la faible résistance de la capsule du coude, je suppose, avec la capsule coxo-fémorale, qui mesure presque 1 centimètre d'épaisseur en avant? M. Broca me demande si je ne pense pas que les muscles, formant une boutonnière ou une sangle autour de la tête du fémur, ne soient un puissant obstacle à la réduction; mais, sans aucun doute, et je n'ai jamais contesté cela, je n'ai pas même touché à cette question. Je n'ai parlé que du mécanisme de la production des luxations iliaque et ischiatique. Ce que j'ai dit, c'est que quand une puissance agit assez violemment sur l'articulation coxo-fémorale pour briser la capsule et

chasser la tête hors de sa cavité, ce ne sont pas les muscles qui s'opposent à l'ascension de la tête et déterminent ainsi la variété de luxation, que c'est la capsule, et que l'espèce de luxation varie avec la quantité et la portion de capsule déchirée.

M. Broca ajoute que Malgaigne avait beaucoup insisté sur le rôle que joue la capsule dans le cas dont je parle. Je regrette que notre collègue ne soit pas arrivé au commencement de la séance, car j'ai précisément donné lecture d'un passage du livre de Malgaigne, passage qui ne permet aucun doute sur son opinion. Pour lui, les deux luxations iliaque et ischiatique n'ont d'autre ligne de démarcation que la situation de la tête du fémur au-dessus ou au-dessous de l'obturateur interne et des jumeaux ; et c'est là ce que je conteste.

Je suis très-heureux que M. Desprès ait raconté le fait précédent, véritablement très-curieux, et qui m'avait beaucoup préoccupé aussi, car M. Desprès a oublié sans doute que j'aidais notre collègue M. Dolbeau dans cette difficile réduction. Or, précisément, ces jours derniers, j'ai étudié le mécanisme suivant lequel a pu se produire cette migration singulière de la tête et j'avoue que rien n'est plus facile à comprendre, le malade de M. Dolbeau avait une luxation ischiatique supérieure; les deux luxations ovalaire et ischiatique se produisent par un mécanisme à peu près semblable, qui ne diffère que par le sens dans lequel se fait la rotation. Dans les deux cas, il y a d'abord une flexion extrême de la cuisse; la cuisse étant ainsi fléchie, si le membre est porté dans la rotation en dedans, la luxation est ischiatique; si la rotation s'effectue en dehors, la luxation est ovalaire. Comme la luxation ischiatique complète s'accompagne toujours de la déchirure de la partie antérieure de la capsule, et que c'est là une condition très-favorable à la production de la luxation ovalaire, rien de plus aisé que de transformer l'une en l'autre, en exécutant un mouvement de rotation, ainsi que je fais sur cette pièce.

M. Chassaignac. Je crois que la voie dans laquelle s'est engagée M. Tillaux est très-bonne; mais il y a une part de vérité et une part d'erreur.

M. Tillaux tombe dans l'erreur lorsqu'il dit : « On n'a pas pu réduire une luxation par les tractions les plus fortes, donc c'est le ligament qui résiste. » Certes, cela pourrait être vrai si on faisait l'allongement, mais ne l'est plus si on a recours à la rotation. Il est parfaitement démontré aujourd'hui que les ligaments ne s'opposent pas à la réduction.

M. Tillaux. Je répondrai un seul mot à M. Chassaignac. Je n'ai pas dit que les ligaments fussent le principal obstacle à la réduction

des luxations, puisque je ne me suis pas du tout occupé de cette question, je n'ai parlé, ou voulu parler, que du mécanisme de la production des luxations iliaque et ischiatique et non pas de leur réduction.

M. Broca. Chez mon malade, il n'y a assurément que des tractions violentes sur les muscles qui aient pu produire des désordres pareils à ceux qui se sont développés.

M. Forget. M. Tillaux n'a pas dit ce que M. Chassaignac paraît avoir entendu. M. Chassaignac paraissait même d'accord avec M. Tillaux dans la précédente séance, car M. Broca disant que c'était le muscle obturateur interne qui empêchait la tête de monter, MM. Chassaignac et Tillaux combattirent son opinion.

M. Tillaux a dit que le grand obstacle à la luxation iliaque ou à la transformation de la luxation ischiatique en iliaque résidait dans l'intégrité du ligament de Bertin.

LECTURE.

M. Giraud-Teulon lit un travail intitulé : *Nouvelle étude sur le mécanisme de l'accommodation.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Perrin, Liégeois, Marc Sée.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Corps fibreux du col de l'utérus.

M. Marjolin, au nom de M. Prestat, de Pontoise, membre correspondant, présente un corps fibreux du col de l'utérus et remet la note suivante :

La tumeur que je vous adresse a été enlevée lundi, 22 juin, dans les circonstances suivantes :

Une femme de quarante-trois ans, d'une bonne constitution, sans dérangement dans ses règles, avait remarqué depuis trois mois que lorsque l'écoulement menstruel commençait, il était très-abondant et sous forme de perte pendant quatre ou cinq heures. Il y a un mois, les règles furent immédiatement suivies d'un flux sanguin presque continu, qui finit par affaiblir la malade et la déterminer à me consulter.

L'examen me montre l'existence d'une tumeur, de la grosseur d'une pomme d'api, insérée sur la partie postérieure de la cavité du col et

qui pendait dans le vagin. Cette tumeur, très-mobile, tenait au col par une large pédicule. Elle était d'une consistance très-ferme, qui me fit penser qu'elle était de nature fibreuse.

La position de la tumeur me permit de la saisir facilement avec l'anse d'un fil de fer fixé sur la vis de rappel d'un petit écraseur. La constriction était bien avancée, lorsque le fil de fer se rompit ; je le remplaçai par une cordelette en fil de fer ; mais cette fois, l'anneau dans lequel passait cette cordelette se rompit à son tour, et je dus avec les ciseaux courbes inciser le pédicule.

Sauf ces ennuis, provenant de la mauvaise confection de l'instrument, l'opération fut heureuse. A peine s'écoula-t-il une ou deux cuillerées de sang par la vulve.

Les suites premières de l'opération sont très-heureuses : la malade n'a ressenti qu'une grande sensibilité dans le ventre, pas de fièvre, aucune complication. J'espère que dans quelques jours elle sera complétement remise.

M. Chassaignac. Si l'on se rappelait qu'un écraseur ne doit être employé qu'après avoir été éprouvé, on ne s'exposerait pas à le voir se rompre pendant la section de parties vivantes.

M. Depaul. Je ferai remarquer combien sont fréquents les corps fibreux de la matrice prenant naissance à la jonction du corps et du col.

Dans un cas de ce genre, l'idée d'employer l'écraseur ne me serait pas venue; il faut attirer le col à la vulve pour opérer à ciel ouvert et faire l'excision à l'aide d'un petit bistouri approprié. Ces petits corps sont très-faciles à enlever; leur ablation ne donne pas lieu à des hémorrhagies ni généralement à aucun accident sérieux. Dans un cas, cependant, j'ai vu une malade succomber à la suite de l'infection purulente.

Chez quelques malades, ces corps fibreux sont multiples : ils se développent successivement. J'ai déjà operé plusieurs fois une dame placée dans ces conditions.

M. Chassaignac. Je considère que la pratique d'abaisser l'utérus à la vulve expose à de graves dangers; je n'ai recours à cette manœuvre que contraint et forcé, car elle peut être le point de départ de phlegmons péri-utérins, de péritonites.

M. Forget. Comme M. Depaul, je suis peu préoccupé des hémorrhagies; j'ai vu Lisfranc pratiquer un grand nombre de fois cette opération, je l'ai pratiquée moi-même assez souvent; les suites ont presque toujours été très-simples. Ces petits polypes, lorsqu'on les opère, sont souvent en voie d'émergence du col et entourés par la

substance utérine. Je ne comprendrais pas que l'écraseur pût être appliqué à cette période de leur développement.

Quoique je redoute peu les tractions utérines, je dois dire cependant qu'entre les mains de Lisfranc, elles m'ont paru avoir donné lieu à quelques accidents. Moi-même, j'ai observé deux cas de péritonite que je crois devoir rattacher à ces tractions.

M. Depaul. M. Chassaignac exagère l'utilité de l'emploi de l'écraseur pour l'ablation de ces tumeurs.

Quant à l'abaissement de l'utérus, c'est une excellente chose. mais il faut s'entendre. Dans la pratique de Lisfranc, il s'agissait souvent de matrices malades et très-difficiles à abaisser. Mais lorsque la matrice est saine, on peut, sans inconvénient, abaisser l'utérus, mais à la condition d'opérer doucement, progressivement.

Extirper un polype ou un corps fibreux en laissant le col au fond du vagin, ou bien à ciel ouvert, c'est tout différent. Dans un cas, il y a une opération simple; dans l'autre, l'opération est difficile à conduire à sa fin.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le numéro de juillet des *Archives générales de médecine*. — La *Revue médicale de Toulouse*, juin 1868.— Le *Montpellier médical*, juillet. — Le *Sud médical de Marseille*.

— M. le docteur Rouge, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de

Lausanne, adresse à la Société les six premiers numéros du *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, dont il dirige la publication. Ce recueil renferme bon nombre de faits chirurgicaux intéressants.

— M. Féréol, médecin des hôpitaux de Paris, envoie un travail intitulé : *De l'iodoforme employé comme topique pour cicatriser les plaies et ulcères non cancéreux*.

— M. le docteur Sirus-Pirondi, chirurgien des hôpitaux de Marseille, envoie une brochure : *Observations de chirurgie usuelle*, où se trouve indiqué l'emploi (1853) des injections d'eau dans l'oreille pour l'extraction des corps étrangers.

— M. le docteur Georges Bouchard envoie, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse : *Des fractures de la rotule compliquées d'ouverture de l'articulation tibio-fémorale et de leur traitement.*

— M. Giraldès dépose sur le bureau, au nom de M. Holmes (de Londres), un volume intitulé : *The surgical Treatment of the Diseases of Jufancy and Childhood.*

M. Depaul communique l'observation suivante qui lui a été adressée par M. le professeur Stolz (de Strasbourg).

Perforation centrale du périnée dans l'accouchement.

Dans sa séance du 18 mars dernier, vous avez communiqué a la Société impériale de chirurgie une observation de *rupture centrale du périnée pendant le travail de l'accouchement*. Cette observation a certainement un grand intérêt, 1° par la rareté de pareilles déchirures, qui est telle qu'elle a été niée par certains accoucheurs qui avaient cependant une longue pratique ; 2 parce que le fœtus a réellement traversé l'ouverture accidentelle; 3° qu'il n'existait aucune des prédispositions que l'on dit ordinairement favoriser cette singulière rupture; 4° enfin parce que la position du crâne était la plus commune, celle dans laquelle la tête pénètre le plus facilement dans la vulve.

Quoique l'on connaisse aujourd'hui un assez grand nombre d'observations authentiques de rupture centrale du périnée avec passage du fœtus entier par cette voie artificielle, il est cependant encore des accoucheurs très-répandus, placés même à la tête d'établissements de maternité, qui n'en ont pas vu d'exemple; seulement ils sont moins incrédules que ne l'était Capuron, qui disait qu'il verrait le fait, qu'il n'en croirait pas ses yeux.

Il y a quarante ans que je me livre à l'étude et à la pratique des accouchements, je suis depuis plus de trente ans à la tête d'un service spécial (qui n'est sans doute pas à comparer aux services de Maternité de Vienne et de Paris pour le nombre des accouchements qui s'y terminent), et pour la première et unique fois, il y a bientôt quatre ans, j'ai eu l'occasion de faire une pareille observation à la Maternité dont je suis le directeur médical. Cette observation présente un assez grand nombre de particularités pour mériter d'être connue dans ses détails.

Le 15 mai 1864, se présenta à la Maternité de Strasbourg, pour y faire ses couches, la nommée Eh..., Marie-Rosalie, âgée de 27 ans, primipare, de taille moyenne, assez bien constituée, sanguine-lymphatique. Elle comptait encore six semaines.

Soumise plusieurs fois à une exploration soigneuse pendant son séjour à l'hôpital, on ne remarqua jamais rien de particulier dans sa conformation, notamment dans celle du bassin, ni dans celle des organes de la génération. La santé ne laissa rien à désirer.

Le 28 juin, vers onze heures du soir, Marie Eh... sentit les premières douleurs de l'enfantement; le sommeil de la nuit en fut troublé. Le lendemain, 29, au matin, on trouva, en touchant par le vagin, le col effacé, l'orifice entrouvert, et la tête profondément engagée dans le bassin. A l'auscultation on percevait les battements redoublés au côté gauche du ventre, ce qui fit diagnostiquer une première position du crâne. A trois heures de l'après-midi, les membranes se rompirent, et, après un écoulement peu abondant d'eau, on constata effectivement une position occipito-antérieure gauche. A six heures la tête occupait l'excavation et devenait visible à la vulve pendant les contractions. A sept heures, le périnée était fortement distendu, la fente vulvaire dirigée en avant et en haut, l'occiput semblait y pénétrer; à chaque nouvelle douleur on croyait que la tête allait compléter son mouvement d'extension et franchir, mais la douleur cessant, elle se retirait encore. A sept heures un quart, une contraction plus forte la poussa contre l'obstacle. Le périnée était soutenu par une élève sage-femme : tout à coup sa main est repoussée par la tête qui fait éclater le plancher périnéal, la vulve qui aurait dû lui donner passage remonte vers le pubis et se ferma. Les épaules et le reste du corps furent chassés avec une telle rapidité qu'on n'eut que le temps de recevoir le fœtus et de le relever.

Dès que l'enfant fut séparé de sa mère par la division du cordon ombilical, on examina l'ouverture qu'il venait de pratiquer et de franchir. La portion du cordon insérée au placenta pendait par cette

ouverture, dont les bords étaient affaissés sur eux-mêmes et saignants.

Ne voulant pas faire la délivrance par cette voie contre nature, on introduisit le doigt indicateur dans la vulve et on monta assez haut dans le vagin pour pouvoir accrocher le cordon, le faire rentrer dans le vagin, et de là le faire passer par la voie naturelle.

Pendant que l'on attendait de nouvelles contractions de la matrice qui devaient décoller le placenta et permettre l'extraction de l'arrière-faix, on débarrassa la plaie périnéale du sang qui l'encombrait au moyen d'une éponge, et on constata : 1° que la rupture avait 5 centimètres de longueur dans la direction verticale; 2° que son angle supérieur se dirigeait un peu latéralement vers la grande lèvre droite; 3° qu'inférieurement elle s'étendait des deux côtés, immédiatement en avant de l'anus, formant deux angles latéraux de 2 centimètres de longueur; 4° que les bords étaient irréguliers, frangés au milieu et infiltrés de sang; 5° qu'à la partie supérieure existait un bourrelet saillant, noirâtre, paraissant formé de tissu cellulaire refoulé de l'intérieur. Non-seulement la fourchette était intacte; mais 2 centimètres de longueur du raphé qui aboutit à la fourchette étaient parfaitement visibles. Le sphincter anal interne était à découvert et nullement entamé. Le doigt introduit par la plaie et placé en supination sortait par la vulve et constatait l'épaisseur du pont antérieur du périnée qui subsistait. Le constricteur du vagin était déchiré en arrière, ainsi que le tiers inférieur du vagin lui-même et la paroi recto-vaginale correspondante.

On procéda ensuite à la délivrance par la voie naturelle; mais une notable quantité de sang caillé et liquide traversa encore la plaie périnéale après cette opération.

L'enfant, du sexe féminin, avait donné aussitôt signe de vie. Il était fort, long de 49 centimètres et pesait 3,370 grammes.

Les premiers jours des couches se passèrent sans incident. La plaie périnéale, d'un aspect livide, laissait suinter une sérosité sanguinolente, une partie des lochies la traversait également; le gonflement des lèvres de la plaie forçait une autre partie à refluer par la vulve. Le décubitus latéral favorisait l'écoulement par les voies naturelles. On se borna à des fomentations de vin aromatique. L'accouchée mit son enfant au sein et put le nourrir.

Le troisième jour, la surface des lambeaux de la plaie présentait un aspect grisâtre et exhalait une odeur gangréneuse : uue suppuration séreuse, passablement abondante, s'était établie. On la saupoudra de poudre de quinquina. Le quatrième jour, la plaie avait meilleur

aspect, la suppuration avait diminué. A huit heures et demie du matin l'accouchée eut subitement une crise de suffocation suivie d'un frisson intense. La réaction ne se fit pas trop longtemps attendre; elle fut favorisée par des infusions théiformes chaudes; le pouls était très-accéléré. Une bonne transpiration calma la fièvre. Cependant le lendemain, cinquième jour, il y avait encore 86 pulsations. La suppuration de la plaie devint plus normale; les jours suivants des bourbillons gangréneux furent excisés, la surface des lèvres se colora en rouge et commença à bourgeonner. L'accouchée avait de l'appétit, elle continuait d'allaiter son enfant.

Le douzième jour, l'hiatus formé par la déchirure périnéale commençait à se rétrécir, ses bords, encore un peu frangés, tendaient à s'égaliser et à bourgeonner. Le vingt-cinquième, la plaie était d'un aspect rosé, mais suppurait encore abondamment; la suppuration était âcre et corrodait la peau de la face interne des cuisses. L'accouchée n'avait plus pu être maintenue au lit depuis le quinzième jour, elle circulait dans les salles pendant une grande partie de la journée.

Le trentième, elle trouva à se placer en ville, en qualité de nourrice.

En l'examinant une dernière fois, avant sa sortie de l'établissement, on reconnut que la plaie se rétrécissait de plus en plus. On donna à la femme l'espoir d'une guérison spontanée, mais on insista auprès d'elle pour que de temps en temps elle se présentât à la visite, ce qu'elle promit. Malheureusement elle n'en fit rien, et on perdit même bientôt ses traces.

Ce ne fut qu'à la fin de l'été 1865, plus d'un an après l'accident, qu'on la découvrit de nouveau. Elle était alors servante en ville. Au mois d'août, elle vint à la Maternité consulter pour un *abaissement de matrice.*

A l'inspection des parties génitales, on constata que l'ouverture périnéale existait encore, qu'elle avait la forme d'un trou rond, dont le bord ou cercle était parfaitement cicatrisé. Dans cette ouverture, on trouva engagé un corps mobile, une espèce de bouchon, que l'on reconnut bientôt n'être autre chose que *le col utérin.* En effet, à la vue, on distingua le museau de tanche, et par le toucher à travers la vulve, on constata un abaissement ou plutôt une descente de la matrice. Cet organe était descendu perpendiculairement à l'axe du corps, et le col, au *lieu de sortir par la vulve, s'était engagé dans l'ouverture périnéale.* Ne pouvant rien entreprendre à la veille des vacances, on congédia la consultante, en lui disant de revenir au mois de novembre, mais on ne la revit plus.

Cette observation offre un exemple incontestable de rupture centrale du périnée et de passage du fœtus entier par cette ouverture accidentelle. La déchirure de la peau s'étendait en haut du côté de la grande lèvre droite; en bas, elle présentait deux angles latéraux dans la direction des muscles transverses du périnée. Elle n'avait pas précisément la forme d'un Y renversé, mais plutôt celle d'un triangle.

Les tissus sous-jacents à la peau et formant le plancher périnéal étaient lacérés, infiltrés de sang. Une portion du tissu cellulaire du triangle périnéal était poussée dans la plaie. En haut, le point qui séparait l'ouverture vulvaire de la déchirure périnéale avait une largeur de près de deux travers de doigts, et en bas, le rectum est resté intact.

Le tissu cellulaire, infiltré de sang, qui faisait saillie dans la plaie, s'est gangrené. Un instant, au cinquième jour, il y a eu quelques symptômes de résorption putride; mais la suppuration s'est heureusement établie, et dès ce moment, tous les accidents ont cessé.

La plaie ne s'est point fermée, comme on devait l'espérer; peut-être parce que la gangrène avait détruit une partie notable des tissus intéressés. L'indocilité de l'accouchée y a probablement contribué aussi : si elle était restée couchee sur le côté, si elle ne s'était levée que du vingtième au trentième jour, si elle n'avait pas trop marché surtout, il est possible que la guérison aurait eu lieu. Ces conditions n'existant pas, les bords se sont cicatrisés séparément, et il est resté une ouverture ronde, qui communique avec le vagin, puisqu'on a trouvé à la dernière exploration, faite un an après l'accident, le col de l'utérus engagé dans ce trou. Pour ce motif seul, il serait nécessaire de fermer l'ouverture périnéale, après avoir relevé la matrice par un moyen mecanique quelconque.

NOMINATION DE COMMISSION.

On procède par la voie du scrutin à la nomination d'une Commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire.

MM. Tarnier, Dolbeau et Marc Sée sont élus membres de cette Commission.

COMMUNICATION.

Luxations de la hanche. (Suite.)

M. Tillaux. Si je prends encore aujourd'hui la parole sur les luxations coxo-fémorales, c'est qu'à l'appui des considérations théoriques

que j'ai développées devant vous, je puis invoquer le témoignage d'une pièce pathologique que j'ai eu la bonne fortune de rencontrer. Un vieillard de 64 ans vint mourir il y a quinze jours dans le service de mon collègue et ami M. le docteur Laboulbène, dans la salle Saint-Louis à l'hôpital Saint-Antoine. Il fut transporté à l'amphithéâtre des hôpitaux où l'un des prosecteurs, M. le docteur Nicaise, constata la lésion que j'ai l'honneur de vous présenter.

C'est bien là une luxation iliaque; les empreintes qu'a laissées sur l'os la tête du fémur ne permettent point de doute à cet égard. Eh bien, je vous prie de constater que toute la capsule a été déchirée sauf la partie antérieure, c'est-à-dire le faisceau qui part de l'épine iliaque antérieure et inférieure, connu sous le nom de ligament de Bertin. C'est donc une confirmation de la théorie que je vous ai exposée, à savoir que *la condition anatomique de la luxation iliaque était l'intégrité du faisceau antérieur de la capsule.* Ce faisceau extrêmement résistant permet à la tête du fémur de se porter librement en haut dans la fosse iliaque, mais, vu la brièveté de ce faisceau, il est matériellement impossible que la tête puisse se porter directement en arrière sur l'ischion.

Cette pièce est intéressante à un autre point de vue :

1° La tête du fémur est presque détruite; elle possède à peine le tiers de son volume normal, elle est érodée et irrégulière.

2° La fosse iliaque externe présente une dépression considérable, régulière, rappelant la forme d'une tête du fémur normal. A cette dépression correspond sur la face interne une saillie identique. L'os iliaque à ce niveau est très-aminci.

3° La nouvelle cavité est cloisonnée de toutes parts par des brides fibreuses; mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la présence d'une multitude de petites tumeurs arrondies, olivaires, de volume variable, les unes grosses comme une tête d'épingle, les autres comme un haricot, la plupart pédiculées, développées à la surface de la nouvelle synoviale.

4° La plupart des muscles qui entourent l'articulation sont passés à l'état graisseux.

5° La tête du fémur est sortie entre le pyramidal et l'obturateur interne.

6° Les deux humérus présentent une lésion analogue à celle du fémur, c'est-à-dire que la tête est irrégulière, diminuée de volume; que le cartilage est détruit par places, et la surface osseuse éburnée dans le même point.

En examinant cette pièce sur le cadavre, et sans renseignements,

j'ai d'abord beaucoup hésité à porter un diagnostic. Était-ce une luxation pathologique datant de l'enfance et consécutive à une coxalgie?

Était-ce une luxation traumatique ancienne avec arthrite consécutive?

Les renseignements qu'avait obtenus du malade pendant sa vie M. Quinquaud, interne de M. Laboulbène, me paraissent de nature à éclairer vivement la question.

Ce malade a déclaré qu'il y a huit ans, il était tombé d'une échelle et avait été transporté à l'hôpital où il avait séjourné deux mois. Il n'avait jamais, a-t-il dit, boité jusqu'alors, et c'est seulement depuis cet accident qu'il avait conservé une claudication très-marquée. Je dois dire que les registres de la Pitié où le malade a dit avoir été soigné, ne portent pas mention de son nom vers cette époque; mais on peut admettre aisément qu'il se soit trompé d'hôpital.

De plus, au pourtour de l'articulation de la hanche, la peau n'a conservé aucune trace d'abcès ou de trajets fistuleux anciens.

Je conclus donc de ce qui précède :

La pièce que je vous présente est une luxation traumatique ancienne. Elle est iliaque et s'accompagne de la conservation du faisceau antérieur de la capsule. Elle présente en plus les lésions propres à l'arthrite sèche, survenues consécutivement à la luxation.

M. Després. Je crois qu'il s'agit là d'une luxation congénitale. Je donnerai mes raisons dans la prochaine séance, empêché que je suis de prendre la parole aujourd'hui par mon état de souffrance.

M. Broca. M. Tillaux a accepté bien facilement les renseignements qui lui ont été donnés. En réalité ce malade n'est pas entré à la Pitié.

Je n'irai pas jusqu'où va M. Després, car il me serait impossible d'affirmer qu'il s'agit là d'une luxation congénitale. Mais assurément le développement du fémur n'est pas celui que l'on observerait s'il s'agissait d'une luxation arrivée il y a huit ans seulement chez ce vieillard mort à 64 ans.

J'appelle en outre l'attention sur la saillie que forme à l'intérieur du bassin la fosse iliaque interne. D'une manière générale, ce sont les luxations congénitales ou les luxations spontanées survenues de très-bonne heure qui donnent naissance à cette déformation. On ne la trouve pas habituellement à la suite des luxations de l'adulte.

Je suis disposé à conclure tout au moins à la contemporanéité de cette luxation avec la jeunesse de cet individu, sinon à la congénialité.

M. Lefort. Je me range complétement à l'avis de M. Broca.

M. Tillaux. Je crois devoir maintenir ma conclusion de luxation traumatique. Je ne crois pas à une luxation produite pendant la jeu-

nesse, parce que la dépression de l'os iliaque est trop grande pour avoir correspondu primitivement à une tête de fémur aussi petite que celle que nous avons actuellement sous les yeux. Je crois que la lésion que nous observons sur la tête du fémur a été consécutive à la luxation... Les renseignements ont été suffisamment exacts. Cet homme a déclaré d'une façon très-positive qu'il était parfaitement bien portant il y a huit ans.

COMMUNICATION

Sur les corps fibreux utérins qui compliquent la grossesse et l'accouchement.

M. Guéniot. L'observation et les remarques que je viens communiquer à la Société sont relatives à un cas de pratique des plus graves, des plus embarrassants, et j'ose dire des plus redoutables que le chirurgien puisse rencontrer. Une solution aussi heureuse qu'inattendue, dans des circonstances exceptionnellement défavorables, me semble donner à ce fait un intérêt tout particulier. Aussi, vous demanderai-je la permission d'en exposer, avec quelque détail, les particularités les plus importantes.

Observation. — *Accouchement heureux par les voies naturelles dans un cas d'obstruction presque complète du petit bassin.* — Le 5 mars dernier, je fus prié de donner mes soins à madame C..., alors enceinte de près de sept mois et affectée de corps fibreux de la matrice. Cette dame âgée de 40 ans, d'une constitution délicate, très-amaigrie et très-souffrante de son état de grossesse, ne quittait plus son appartement depuis quatre mois. Épuisée de longue date par des pertes sanguines abondantes, puis minée par des accès fébriles quotidiens, par des vomissements et une difficulté considérable des excrétions intestinale et urinaire, etc., elle semblait menacée de ne pouvoir atteindre sans accident fatal le terme de la grossesse.

Des règles dès l'origine prolongées, très-abondantes et qui, dans ces dernières années, avaient atteint chaque mois seize à dix-sept jours de durée; l'expulsion habituelle, à ces mêmes époques, de caillots sanguins qui donnaient au flux menstruel un caractère franchement hémorrhagique ; une première grossesse (la seule qui eût précédé la grossesse actuelle), laquelle se termina, il y a dix-huit ans, par la naissance facile d'une fille qui mourut à l'âge de cinq ans et demi ; le début et l'accroissement successif de plusieurs corps fibreux utérins,

dont le premier fut constaté il y a trois ans; une atteinte de péritonite grave en novembre 1866, péritonite que le regrettable professeur Jarjavay jugea être la conséquence d'une hématocèle péri-utérine; enfin, après un traitement prolongé de ce dernier accident, l'existence d'une légère amélioration dans l'état général; de même que la diminution dans l'abondance du flux de la dernière époque menstruelle, époque qui ne dura que huit jours au lieu de dix-sept (du 4 au 12 août 1867); telles sont les principales circonstances antécédentes qu'il convient de mentionner.

Par l'examen direct de la malade, je constatai que son abdomen était très-proéminent et plus développé que ne le comporte une grossesse ordinaire de sept mois; d'où une grande gène des mouvements et de la respiration. La matrice elle-même était volumineuse, inclinée en avant. Plusieurs petites tumeurs fibreuses, mobiles et dures se reconnaissaient, à la palpation, dans l'épaisseur ou à la surface de ses parois. Ces dernières, généralement souples et indolores à la pression, permettaient de distinguer assez nettement quelques parties fœtales. Il me fut, toutefois, alors impossible de préciser la situation exacte de l'enfant.

A l'aide du toucher, je trouvai une tumeur volumineuse, irrégulièrement arrondie, d'une dureté élastique, qui remplissait presque entièrement l'excavation pelvienne. De tous côtés, le doigt rencontrait cette tumeur qui repoussait en avant le col utérin et aplatissait le rectum en arrière. Un intervalle de 3 centimètres à peine semblait la séparer des pubis, et c'est en ce point que le col utérin très-élevé, déformé, aplati, se trouvait refoulé contre la vessie. A sa partie inférieure, la tumeur correspondait au coccyx; mais ses limites supérieures, même par le toucher rectal, échappaient à toute investigation. Sa situation en arrière et au-dessous du segment inférieur de la matrice explique comment le palper hypogastrique ne me fournit également aucune donnée à cet égard. Les pressions exercées avec le doigt à sa surface étaient douloureuses et ne produisaient aucun déplacement de sa masse.

Il s'agissait donc d'une tumeur dure, volumineuse et fixe, implantée sur la face postérieure de la matrice, probablement vers la jonction du corps et du col, et anticipant sur ce dernier, tumeur située au-dessous du péritoine, refoulant en bas la muqueuse vaginale et remplissant à peu près toute l'étendue du petit bassin. Cette tumeur, à n'en pas douter, était bien celle dont le professeur Jarjavay avait, plus d'un an auparavant, constaté l'existence et qu'il avait représentée avec quelque exagération à la malade, comme « ayant le

volume d'une tête d'enfant et la dureté du marbre. » Évidemment, c'était là une tumeur fibreuse de l'utérus qui, à moins de circonstances très-exceptionnelles, mettrait un obstacle absolu au passage de l'enfant par les voies naturelles. Les seules éventualités, en effet, qui pussent faire éviter l'opération césarienne étaient les suivantes :

1° La mort prématurée du fœtus, suivie d'une macération prolongée de ses parties dans le liquide amniotique, pouvait provoquer dans ces dernières un ramollissement tel qu'elles devinssent assez réductibles pour traverser, à la manière d'un linge mouillé, un canal même extrêmement étroit.

2° Quoique la grossesse fût déjà fort avancée et que la tumeur fût restée jusque-là très-consistante, celle-ci cependant pouvait encore, avant l'échéance des neuf mois, se ramollir assez pour permettre une réduction notable de son volume et, en conséquence, une augmentation proportionnelle dans le calibre du canal rétréci.

3° Enfin, malgré son volume, sa fixité probable et son espèce d'enclavement dans le petit bassin, la tumeur pouvait à la rigueur se déplacer et remonter au-dessus du détroit supérieur, de manière à rendre libre le canal pelvien

Mais si de tels faits étaient possibles, leur réalisation me paraissait si problématique, ou plutôt si improbable qu'il eût été déraisonnable de fonder sur elle un espoir sérieux. En face d'une situation si périlleuse pour madame C..., je me hâtai de provoquer une consultation, et, le 11 mars, MM. Depaul et Tarnier voulurent bien, après un examen minutieux de la malade, m'éclairer de leurs avis. Il parut à M. Depaul que l'espace laissé libre entre la tumeur et les pubis était peut-être plus étroit encore que je ne l'ai indiqué ci-dessus. M. Tarnier exprima un certain espoir dans le ramollissement prochain de la tumeur. Bref, à part ces nuances d'opinions, l'état des choses était si nettement dessiné que nous fûmes unanimes pour admettre : 1° qu'il convenait de laisser la grossesse continuer son cours jusqu'à terme; 2° qu'il serait toutefois nécessaire, à huit mois révolus, d'explorer de nouveau avec soin la tumeur, à l'effet de s'assurer si elle n'avait pas subi, soit dans sa consistance, soit dans son siége, quelque changement qui pût faire sérieusement espérer un accouchement par les voies naturelles; 3° enfin, qu'en l'absence de ces modifications (toute réserve faite, bien entendu, pour celles qui pourraient encore se produire dans le cours du neuvième mois), la section césarienne était la seule ressource qui restât pour délivrer madame C... et, en conséquence, que cette opération devrait être, en principe, complétement décidée pour l'époque du travail.

Le 14 avril, c'est-à-dire à huit mois de grossesse, j'explorai de nouveau minutieusement et la tumeur et la matrice. Cette dernière était notablement augmentée de volume. Les petits fibrômes durs et saillants de son corps se distinguaient aisément, même à l'œil, à travers la paroi abdominale. Le liquide amniotique paraissait être un peu plus abondant qu'à l'ordinaire. L'enfant, dès lors, était assez mobile; sa tête correspondait à l'hypocondre gauche de la mère, son extrémité pelvienne à la fosse iliaque droite et son dos était dirigé vers l'hypocondre droit. Le maximum des bruits du cœur s'entendait à droite et au-dessus de l'ombilic. La souplesse des parois utérines me permit de déterminer très-nettement cette situation des parties fœtales.

Quant à la tumeur intra-pelvienne, elle présentait exactement les mêmes caractères que précédemment; elle n'avait, en particulier, subi aucune modification notable soit dans son siége, soit dans sa consistance. Toute réserve faite pour le cas d'un déplacement ultérieur de sa masse (déplacement dont la possibilité était admise, mais dont la réalisation était à peu près inespérée), l'opération césarienne fut donc définitivement résolue pour le temps du travail.

L'état de santé de madame C..., déjà si alarmant le 5 mars, lors de ma première visite, ne fit qu'empirer peu à peu avec le cours de la grossesse. C'est à peine si, grâce à l'emploi très-circonspect de certains médicaments (calmants, laxatifs, eaux minérales, toniques, etc.), la malade put obtenir, avec quelques périodes de mieux-être passager, un faible ralentissement dans les progrès de l'anémie, de l'amaigrissement, des accès fébriles, de la déperdition des forces, etc. Ces divers symptômes finirent, en effet, par atteindre leur degré le plus extrême. Une teinte jaunâtre de la peau, une toux fatigante et l'insomnie qui en est la conséquence, vinrent encore, sur la fin de la grossesse, augmenter la gravité du pronostic. Un courage exceptionnel soutenu par de vifs sentiments religieux et un ardent désir de progéniture, un esprit résolu et une docilité parfaite à suivre mes conseils, constituaient en réalité, chez madame C..., les seules ressources qui permissent peut-être de ne pas absolument désespérer de sa situatiou.

C'est dans ces conditions que, le 17 *mai* dernier, après deux ou trois jours de malaise, d'insomnie et de fatigue plus grande encore que de coutume, la malade fut prise des premières douleurs de l'accouchement, vers *six heures du matin*. A *huit heures*, les membranes se rompirent brusquement et donnèrent lieu à un écoulement abondant de liquide amniotique. De là, suspension presque complète du

travail et sentiment de bien-être chez la patiente, dont l'abdomen avait perdu sa tension douloureuse.

A *neuf heures*, je constatai que la tumeur avait subi un déplacement très-sensible : elle était moins accessible au doigt et se trouvait refoulée à droite et en arrière de manière à laisser, derrière le pubis gauche, un espace libre d'environ 5 centimètres. L'orifice utérin avait acquis la largeur d'une pièce de cinq francs, et la mollesse de ses bords indiquait que sa dilatation avait été plus grande. Quant à l'enfant, dont j'avais encore, une dizaine de jours auparavant, reconnu la tête dans l'hypocondre gauche et l'extrémité pelvienne dans la fosse iliaque droite, il se présentait manifestement en première position du sommet. L'exploration des sutures et fontanelle, jointe à d'autres signes, ne me laissa aucun doute à cet égard. Il avait donc, depuis peu, effectué spontanément une mutation complète. Les choses étant ainsi, je recommandai à madame C... de garder la position couchée, afin d'éviter une trop grande déperdition de liquide amniotique, puis de s'incliner fortement lors des contractions, sur le côté gauche, à l'effet de favoriser, par la déclivité du fond de la matrice, l'ascension déjà commencée de la tumeur pelvienne.

Vers *deux heures de l'après-midi*, le travail reprit son cours régulier; les contractions étaient bonnes, et l'état général de la malade relativement satisfaisant. La tumeur continua de s'élever peu à peu vers l'abdomen en déterminant, à chaque contraction, une vive douleur ou sorte de déchirement dans la région iliaque droite. Je pensai que ce phénomène était dû soit à la rupture de quelques adhérences, soit au frottement exercé par la tumeur dans son mouvement ascensionnel, et je ne m'en préoccupai pas autrement. La tête fœtale, retenue au-dessus et en arrière du pubis gauche, n'attendait évidemment, pour pénétrer dans le petit bassin, que la disparition de l'obstacle. Aussi, *vers dix heures du soir*, dès que la tumeur fut remontée au-dessus du détroit supérieur, le sommet prit sa place et descendit dans l'excavation pelvienne en première position. A partir de ce moment, l'accouchement suivit une marche ordinaire, et à *deux heures du matin*, pour éviter à la patiente une prolongation fâcheuse du travail, j'appliquai le forceps sur la tête, arrivée au détroit inférieur. L'enfant fut extrait en parfait état de santé : il était volumineux, du sexe masculin et pesait plus de 7 livres (3 kilogr. 550 gr.). Quelques vomissements glaireux, un sentiment d'extrême faiblesse chez la malade et une difficulté particulière dans l'amincissement du bord antérieur de l'orifice utérin, telles sont les seules autres particularités du travail qui méritent d'être signalées. Sa durée

totale, abstraction faite des six heures de suspension, fut d'environ quatorze heures.

Immédiatement après l'extraction de l'enfant, madame C... éprouva une sorte d'anéantissement général et de *feu intérieur* qui, joints à une distension gazeuse subite des régions supérieures de l'abdomen, me causèrent la plus grande inquiétude. Ces phénomènes furent heureusement de courte durée. L'utérus, quoique bien rétracté, ne décolla le placenta que tardivement, et je dus attendre plus d'une demi-heure avant d'opérer la délivrance qui, d'ailleurs, n'offrit pas d'autre irrégularité.

Prescription pendant les premiers jours. — Quelques cuillerées de bouillon froid, répétées de temps en temps selon les désirs de la malade; 20 centigrammes d'extrait de jusquiame en deux pilules (parfois trois de ces pilules par jour); petits fragments de glace à fondre dans la bouche; boire très-peu. Onctions avec ong. nap. bell. sur le ventre et cataplasmes recouvrant toute l'étendue de l'abdomen. Immobilité la plus complète; éviter scrupuleusement tout contact froid extérieur; obscurité et silence absolu. Cathétérisme trois fois dans les vingt-quatre heures.

Le 20 mai, troisième jour de l'accouchement, les seins commencent à se congestionner et, le lendemain, la fluxion laiteuse est des plus complètes. État des forces plus satisfaisant; sommeil; bien-être relatif. Bourrelet hémorrhoïdal enflammé, douloureux; vulve modérément tuméfiée; lochies constamment normales.

Le 22, alors que les seins tendent à perdre leur tension douloureuse, des tranchées utérines violentes se manifestent. Jusque là, aucune menace sérieuse de péritonite, le ventre étant sensible plutôt que douloureux, et le pouls oscillant entre 88 et 100 à la minute; mais l'apparition de ce nouveau travail de l'utérus, qui semble vouloir se débarrasser des tumeurs, provoque chez la malade de l'agitation, de l'insomnie, un peu de fièvre et un gonflement abdominal du plus fâcheux augure. Pendant vingt-quatre heures, ces tranchées résistent à l'emploi des opiacés, et elles ne cèdent enfin qu'à l'administration de doses de plus en plus fortes. Le calme reparaît alors, et tous les symptômes s'amendent de telle sorte que, le 25, tout danger prochain semble avoir disparu.

Le 26, pouls à 64, hémorrhoïdes affaissées; col utérin reformé. Pour la première fois depuis l'accouchement, la tumeur commence à être accessible au doigt et paraît vouloir opérer son mouvement de descente. A aucun moment, elle n'a pu être nettement distinguée par la palpation de la région hypogastrique. Il est vrai que celle-ci,

constamment sensible à la pression, n'a été explorée qu'avec la plus grande circonspection. L'utérus, tout irrégulier de forme et très-volumineux dans les premiers jours, s'est rétracté peu à peu, et son fond, incliné du côté gauche, n'est plus éloigné du pubis que de six travers de doigt.

Les jours suivants, l'état général ne cesse de s'améliorer progressivement; le sommeil, l'appétit, le bien-être se prononcent de plus en plus. La tumeur seule, en reprenant graduellement sa situation ancienne dans le petit bassin, provoque des tiraillements et une certaine inquiétude dans le bas-ventre, des fourmillements et des crampes dans les membres inférieurs, de la douleur à la miction et des pesanteurs incommodes sur le rectum. Mais à partir du 3 juin, complétement réinstallée dans l'excavation pelvienne, elle ne suscite plus d'autre malaise que celui qu'elle déterminait avant la grossesse et qui résulte de certaines pressions inévitables sur les organes pelviens.

Enfin, le 20 juin, madame C..., complétement rétablie, a repris un peu d'embonpoint et se trouve sensiblement dans le même état qu'avant sa grossesse. Quant à la matrice et à la tumeur, voici dans quelles conditions elles se présentent aujourd'hui. La tumeur, grosse comme une tête de fœtus à terme, remplit presque complétement le petit bassin et se perçoit, à la palpation, au-dessus du détroit supérieur qu'elle déborde faiblement. Elle est indolore à la pression, d'une fermeté élastique et ne se laisse pas déplacer par la pression du doigt; son immobilité paraît être complète. La matrice se trouve refoulée en avant et à gauche; son corps occupe la fosse iliaque correspondante et s'élève à 5 centimètres au-dessus du pubis. Quelques inégalités, représentant les petits fibrômes constatés pendant la grossesse, se remarquent à sa surface; mais elles sont beaucoup moins saillantes et moins faciles à distinguer que pendant l'état de réplétion de l'utérus. Le museau de tanche, situé derrière le pubis gauche, est gros, court et inégal; une sorte de scissure très-étroite et peu profonde le sépare de la tumeur qui l'enveloppe dans presque toute sa périphérie. D'après ces rapports, il semble très-probable que la tumeur s'implante largement sur la portion supérieure du col, en arrière et à droite, ainsi que l'examen pratiqué pendant la grossesse l'avait déjà fait supposer.

P.-S. — Hier, 7 juillet, j'ai revu madame C... Sa santé s'affermit de plus en plus, et son état paraît être même plus satisfaisant qu'avant la grossesse. Le retour des règles a eu lieu du 25 juin au 2 juillet, sans douleur ni expulsion de caillots. La tumeur conserve les mêmes caractères que le 20 juin.

— Je ne m'arrêterai pas, Messieurs, sur tous les points de cette observation qui pourraient présenter quelque intérêt. Ainsi, je ne dirai rien des accès fébriles quotidiens dont la grossesse a été accompagnée, ni du long intervalle de dix-huit ans qui a séparé les deux gestations de madame C..., ni du changement de présentation opéré spontanément par le fœtus, etc., etc. Mais permettez-moi d'insister sur les circonstances qui, à mes yeux, offrent surtout de l'importance au point de vue pratique.

1° Le fait principal qui, tout d'abord, frappe l'esprit dans la relation précédente, c'est assurément la guérison ou, si l'on veut, le rétablissement assez prompt de la malade après l'accouchement. En effet, même en l'absence de toute opération sanglante propre à extraire l'enfant, l'état de souffrance et d'épuisement constaté chez madame C... pendant sa grossesse, les fatigues inévitables du travail, les dangers d'hémorrhagie et surtout de péritonite ne permettaient guère d'espérer un aussi heureux résultat. J'ai indiqué plus haut quel fut le traitement institué en vue de concourir à ce but; c'est sur ce point que je désire fixer un instant votre attention.

Malgré l'état de prostration que présenta madame C... après la délivrance, je m'abstins de lui administrer des stimulants, soit vin, soit liqueur ou cordiaux sous une forme quelconque. Considérant que l'estomac, très-susceptible, fatigué et troublé dans ses fonctions depuis plusieurs mois, supporterait mal de tels remèdes, je ne voulus point tenter d'en utiliser l'action. Bon nombre de praticiens, en mon lieu et place, eussent été sans doute d'un autre avis. Mais il m'a paru que le vin généreux ou l'eau-de-vie dont on use aujourd'hui si volontiers en pareil cas, augmentait souvent et le malaise et la dépression des forces en provoquant de la pesanteur d'estomac, des aigreurs et des vomissements. Sans doute, ces liquides administrés avec une sorte de parcimonie, à la dose de quelques cuillerées à café par exemple, peuvent rendre de réels services s'ils sont bien supportés, et je ne voudrais pas, en toute occasion, me priver d'une aussi précieuse ressource. Ce que je veux dire ici, c'est qu'à mon sens on est, de nos jours, trop disposé à en exagérer les avantages et par conséquent à en faire un emploi abusif. Dans le cas de madame C..., loin de tomber dans un excès de ce genre, je me bornai à prescrire de la glace, de l'extrait de jusquiame et quelques cuillerées à café de bouillon froid, toutes choses qui, répétées à intervalles convenables, furent bien tolérées par l'estomac, provoquèrent du sommeil et permirent ainsi aux forces de se relever. Les demi-tasses de bouillon, les potages clairs et l'eau faiblement rougie ne furent conseillés qu'à partir

du troisième jour. Si je mentionne ces détails minutieux c'est que, contrairement aux idées régnantes, je n'eus qu'à m'applaudir, sous tous les rapports, des résultats de cette parcimonieuse alimentation.

Une autre précaution que je ne puis non plus passer sous silence (car dans ma conviction elle a puissamment concouru à faire éviter toute complication de péritonite), consiste dans l'immobilité presque absolue à laquelle la malade fut soumise. Persuadé que rien n'est plus propre à favoriser la production des accidents inflammatoires que les mouvements de la paroi abdominale, des intestins, de la matrice, des muscles psoas-iliaques, etc., je mis un soin scrupuleux à prévenir tout mouvement de cette sorte, du moins tout mouvement prolongé ou brusque. Comme madame C... n'ingérait que du bouillon et des boissons glacées en très-faible quantité, et que chaque jour elle prenait 25 à 30 centigrammes d'extrait de jusquiame, l'intestin se maintint au repos et ne provoqua aucune évacuation. Toute espèce de lavement fut proscrit jusqu'au huitième jour, afin d'éviter la distension ou le déplacement du gros intestin. Les injections vaginales et même les lotions vulvaires furent pareillement négligées à cause des mouvements que leur administration nécessite. Enfin, pour le même motif, je pratiquai chaque jour trois fois le cathétérisme de la vessie, mes explorations du vagin ou de l'abdomen furent des plus réservées et les changements de linge toujours accomplis avec une attention scrupuleuse. Bref ! de cette manière de faire en apparence systématique, il m'a paru résulter les plus grands avantages, et c'est pourquoi j'ai cru devoir en dire ici quelques mots.

2° Le déplacement ascensionnel de la tumeur pendant le travail, de même que sa descente dans le petit bassin après l'accouchement, constitue un autre fait d'une grande importance clinique qu'il convient d'étudier dans ses causes et dans son mécanisme. Qu'un tel phénomène se produise lorsque la tumeur est pédiculée et de médiocre volume, rien de surprenant puisque la science possède déjà plusieurs faits curieux de ce genre. J'ai relaté moi-même dans un autre travail (*Gazette des hôpitaux*, 1864) un cas semblable, que M. Depaul et moi avions observé à la clinique d'accouchements. Mais lorsque, comme chez madame C..., la tumeur présente un volume énorme et se trouve pour ainsi dire enclavée dans le petit bassin ; lorsque, presque certainement sessile, elle s'implante par une large base à la matrice et que, par suite d'une péritonite antérieure, elle a pu contracter des adhérences avec les organes voisins, le fait de son élévation spontanée au-dessus du détroit abdominal devient, au contraire, un phéno-

mène singulier dont, à première idée, on soupçonnerait à peine la possibilité.

Comment donc cette ascension s'est-elle effectuée?

La tumeur, ai-je dit, émane selon toute probabilité de la partie supérieure, droite et postérieure du col utérin auquel elle adhère par une large surface. Or, s'il en est ainsi, l'effacement du col dans les derniers jours de la grossesse a dû lui communiquer déjà un certain ébranlement; car, sous l'influence des contractions indolores de la matrice, le col utérin s'étant rapetissé peu à peu jusqu'à se transformer en un simple orifice, n'a pu opérer ce changement sans rétrécir et tirailler les attaches de la tumeur. Mais ce sont surtout les contractions énergiques de l'utérus qui, en augmentant graduellement, dans le cours du travail, la dilatation de l'orifice, ont nécessairement exercé des tractions puissantes sur le fibrôme. Celui-ci, implanté sur le bord même de cet orifice et sollicité par les contractions du corps de la matrice, a été finalement entraîné au-dessus du détroit abdominal en rompant les adhérences péritonéales qu'il avait pu accidentellement contracter.

Comme causes adjuvantes de ce mouvement ascensionnel, je signalerai sans y insister, parce qu'il est aisé d'en comprendre l'action : 1° l'écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique, lequel, en produisant une déplétion partielle de la matrice, provoqua le retrait des parois utérines, et, par conséquent, à un faible degré, l'élévation du segment inférieur de l'organe; 2° l'attitude particulière que je fis prendre à la malade pendant les contractions, attitude qui, en inclinant le fond de la matrice fortement à gauche et en avant, tendait à faire basculer la tumeur qui occupait un point diamétralement opposé; 3° enfin, la présence d'une extrémité de l'ovoïde fœtal au détroit supérieur, extrémité qui, pressée fortement de haut en bas par les contractions utérines, s'insinua peu à peu dans l'espace libre du canal pelvien, en même temps que le fibrôme était sollicité dans un sens inverse par les mêmes contractions.

Telle est, à mon avis, l'explication la plus plausible du phénomène dont il s'agit. En l'admettant comme fondée, on voit que l'implantation sur le col de la matrice d'un fibrôme *sessile* et *sous-péritonéal*, loin d'être désavantageuse, paraît au contraire être plus favorable que si elle existait sur la partie inférieure du corps de cet organe. Dans le premier cas, en effet, l'obstruction du petit bassin tend à disparaître par le triple fait des contractions utérines, de la dilatation progressive de l'orifice et, finalement, de l'ascension de la tumeur au-dessus du détroit supérieur, tandis que, dans le second, elle est

sujette à persister en raison même du point d'implantation qui soustrait la tumeur à l'influence de ces causes de déplacement.

3° Quand le canal pelvien est obstrué par une tumeur utérine, il est constant que la fréquence relative des diverses présentations du fœtus est considérablement modifiée. L'extrémité pelvienne ou le tronc de l'enfant s'offre alors beaucoup plus souvent au detroit supérieur que dans les cas de bonne conformation. S'agit-il d'un cas de ce genre ? L'accoucheur doit nécessairement subir cette situation et, à moins d'une grande facilité à opérer la version céphalique, il ne peut tenter l'extraction de l'enfant par les voies naturelles qu'en agissant sur les pieds ou sur le siége. Mais lorsque c'est, au contraire, la tête qui se présente, ne serait-il pas avantageux de pratiquer la version pelvienne, afin de favoriser ainsi le déplacement de la tumeur soit avec la main qui opère, soit en engageant dans l'espace libre du bassin, des parties fœtales progressivement plus volumineuses (jambes, cuisses, partie inférieure du tronc, etc.) ? C'est là, Messieurs, une question importante de pratique à résoudre. J'espère que les exemples qui seront produits dans la discussion par plusieurs de nos collègues, serviront à jeter sur elle quelque lumière. Pour moi, quoique je sois peu disposé à adopter une telle pratique comme règle générale, je me hâte d'ajouter que jusqu'ici les faits parvenus à ma connaissance sont encore trop peu nombreux pour m'autoriser à formuler nettement une opinion. L'observation que je viens de relater prouve du moins que la présentation du sommet peut être favorable et comporter une issue heureuse de l'accouchement.

4° Pour terminer cette communication, Messieurs, permettez-moi d'aborder un point, à mon avis très-litigieux, de l'histoire des fibrômes utérins; je veux parler de la vascularisation, de l'hypertrophie et du ramollissement de ces produits morbides *sous l'influence de la gestation*. Vous le savez, il est généralemeut admis de nos jours que la grossesse a pour effet ordinaire de provoquer ces diverses modifications dans les corps fibreux de la matrice. Dernièrement, MM. Depaul, Tarnier et Forget reproduisaient ici même cette opinion en l'appuyant de leur autorité. Moi-même, dans plusieurs publications, j'ai adopté cette croyance. Mais, je dois le dire, depuis lors plusieurs observations personnelles et l'examen plus sévère des fondements de la doctrine ont sensiblement modifié mes idées sur ce point. Loin de considérer ces faits comme incontestables, et surtout comme constituant des phénomènes *communs* de la grossesse, j'estime au contraire que leur réalité aurait besoin encore d'un complément de démonstration et que leur prétendue *fréquence*, en tout cas, n'est

rien moins que scientifiquement établie. Afin d'éviter toute confusion, je le répète, j'entends parler ici de ces phénomènes en tant que dépendants de la gestation et provoqués par elle.

Sans doute, en considérant combien la vitalité de l'utérus s'accroît pendant la grossesse, combien ses vaisseaux, ses fibres et tous ses éléments s'hypertrophient sous cette influence, il est naturel de penser que les fibrômes de cet organe, dont la constitution anatomique ressemble tant à la sienne, participent plus ou moins à ce mouvement nutritif et subissent, dès lors, des changements analogues dans leur tissu. C'est là, il faut en convenir, une présomption des plus fortes en faveur de la doctrine que je discute, et qui n'a pas peu contribué à l'accréditer. Mais, Messieurs, de simples présomptions, si fortes soient-elles, ne peuvent évidemment, dans l'espèce, légitimer une affirmation. Il faut, pour cela, plus que des raisons *à priori*; il faut des faits, et des faits significatifs. Voyons donc quelle est la valeur de ceux qui ont été produits en faveur de la cause.

Mais auparavant, permettez-moi encore de faire remarquer que, si les circonstances de siége et de structure des fibrômes utérins portent à penser que la grossesse exerce sur eux une réelle influence, il est d'autres particularités de ces tumeurs qui tendent, au contraire, à éloigner de cette idée; telles sont : 1° l'existence d'une couche celluleuse périphérique qui isole, en quelque sorte, le néoplasme du tissu environnant; 2° l'absence constante de *vrai* pédicule et de lien vasculaire artériel propres à établir, entre la tumeur et l'organe, une certaine continuité. Aussi, dans ces conditions, le fibrôme semble-t-il avoir une vie propre, beaucoup plus indépendante et individuelle que celle de la matrice elle-même. Celle-ci, en effet, se trouve presque toujours profondément influencée par la présence du corps fibreux, tandis que ce dernier ne paraît l'être que fort rarement par les modifications utérines dues à la grossesse. C'est du moins ce que j'espère démontrer dans le cours de cette discussion.

La grossesse provoque-t-elle réellement, dans les fibrômes utérins, un grand accroissement des vaisseaux sanguins, une augmentation rapide de volume et un ramollissement très-notable de tissu? Et, si cette influence de la gestation existe, constitue-t-elle un fait ordinaire ou, au contraire, un fait exceptionnel? Pour le docteur Ashwel qui, l'un des premiers, a écrit sur ce sujet (*Gaz. méd. de Paris*, 1837), la solution de ces questions ne serait pas douteuse. « Les tumeurs, dit-il, se ramollissent vers les derniers mois de la gestation, l'accroissement de leur vascularité conduit *nécessairement* à l'inflammation; une suppuration de mauvais caractère se déclare et la mort arrive après l'ac-

couchement. C'est là, je crois, ajoute-t-il, l'histoire pathologique abrégée de ces sortes de tumeurs. » Mais pour appuyer cette manière de voir, quelles sont les preuves invoquées par l'auteur anglais? Quelques faits, la plupart écourtés et d'une signification, à mon avis, fort douteuse. Ainsi, pour ne parler que des deux plus explicites, on trouve dans l'un, à l'autopsie, « deux ou trois tubercules d'une *dureté cartilagineuse;* deux autres, du volume d'une grosse noix, sont enveloppés d'un kyste et ramollis dans leur intérieur. » Dans l'autre observation, on lit : « Le tissu de la tumeur était *peu vascularisé;* à sa face postérieure, elle était ramollie et fissurée, son intérieur offrait de la matière purulente de mauvaise nature. » Voilà donc, au sujet de la vascularisation, une simple et unique mention, et encore s'agit-il d'une mention restrictive plutôt que confirmative; relativement à l'augmentation de volume, il n'existe nulle indication; et, sur le fait du ramollissement, deux autopsies seulement semblent à peu près probantes. Toutefois, si l'on veut bien remarquer que, dans l'une, des *tubercules d'une dureté cartilagineuse* coexistaient avec des tubercules ramollis, et d'autre part que, dans les deux observations, aucun examen tendant à constater l'état des tumeurs avant la grossesse ne paraît avoir été pratiqué, on sera nécessairement conduit à restreindre la valeur de ces deux autopsies au sujet de la part réelle qui revient à la gestation dans l'altération des tumeurs.

On sait, en effet, que les fibrômes de la matrice peuvent se vasculariser, s'accroître rapidement et se ramollir en dehors de tout état de grossesse. Ces modifications de leur tissu constituent même un fait assez ordinaire dans leur évolution naturelle. Dès lors, comment affirmer, le plus souvent, que les altérations trouvées à l'autopsie dépendent de la gestation, surtout si les tumeurs sont de date ancienne ou si, dans leur voisinage, on en trouve d'autres qui offrent une dureté cartilagineuse? Comment comprendre que la grossesse exerce une action si puissante sur les unes sans modifier la marche des autres ?

Qu'on lise l'observation de M. Huguier (*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1857, p. 94), celle du docteur Barnetche, dont nous a parlé M. Forget, celle de M. Blot, publiée dans la thèse d'agrégation de M. Tarnier, etc., et l'on se convaincra aisément que la suppuration ou le ramollissement central des tumeurs peut aussi bien être rapporté à l'évolution naturelle des fibrômes qu'à l'influence particulière de la grossesse. Quant à la tumeur molle et fluctuante, dont Cazeaux a entretenu la Société à la suite de la communication de M. Huguier (*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1857), elle ne peut être ici mise en cause, puisqu'il s'agis-

sait non point d'un corps fibreux, mais bien d'une véritable hypertrophie du tissu utérin. Il importe, d'ailleurs, dans cette question, de tenir un grand compte du temps qui, parfois, s'est écoulé entre l'accouchement et la mort de la femme; car si la grossesse, en elle-même, n'exerce sur la marche des fibrômes qu'une influence douteuse, il peut n'en être pas de même des contusions produites dans le cours du travail, de même que des opérations nécessitées par l'extraction du fœtus et des accidents inflammatoires qui, trop souvent alors, se manifestent dans le temps des couches.

En ce qui concerne l'accroissement rapide des tumeurs, même incertitude que pour le fait de leur ramollissement. On a cité des cas, il est vrai, dans lesquels des fibrômes de petit volume avaient sensiblement grossi dans le cours de la gestation. Mais comment a-t-on pu apprécier les vraies dimensions de ces tumeurs? Évidemment, ce n'est que par le toucher vagino-rectal ou par le palper abdominal. Or, avec le premier moyen, qui ne comprend que le développement progressif de la matrice, son poids croissant et les pressions qu'elle exerce sur les viscères voisins ne puissent rendre la tumeur plus explorable, plus accessible au doigt et, par conséquent, plus volumineuse en apparence qu'elle ne semblait l'être en l'absence de ces conditions? Lorsqu'on explore les fibrômes à travers la paroi abdominale, semblable illusion peut aussi se produire. Sur la fin de la grossesse, en effet, il arrive que la pression excentrique de l'œuf expulse, en quelque sorte, de la paroi utérine, les tumeurs qui y sont incluses. Celles-ci, dès lors, devenant plus superficielles, plus extérieures, si je puis ainsi dire, paraissent plus volumineuses qu'elles n'étaient auparavant, bien qu'elles n'aient pas changé de dimensions. Il arrive même que des fibrômes méconnus jusque là révèlent ainsi leur existence. Cette pression excentrique de l'œuf et ses effets sur le déplacement des corps fibreux sont si réels que, dans un cas (voir *Gaz. des Hôp.*, 1864, p. 210), nous constatâmes, M. Depaul et moi, chez une femme près d'accoucher, une large plaque dure qui occupait une grande partie de la paroi antérieure de la matrice. Cette espèce de gâteau aplati, qui dissimulait, pour ainsi dire, l'œuf derrière lui, était constitué par un gros corps fibreux que nous trouvâmes parfaitement sphérique après l'accouchement, c'est-à-dire quand la cavité utérine fut évacuée. La forme aplatie qu'il offrait sur la fin de la grossesse était due aux deux pressions en sens inverse de l'œuf et de la paroi abdominale antérieur.

Chez madame C..., dont j'ai donné l'histoire, les petites tumeurs qui occupent le corps de la matrice et qui, pendant la gestation,

paraissaient grosses comme des amandes, se reconnaissaient à peine, quelques jours après l'accouchement, sous la forme de légères inégalités à la surface de l'utérus. Or, pour moi, je n'hésite pas à penser que ce changement est bien plutôt le résultat d'une réintégration des tumeurs dans l'épaisseur de la paroi utérine, que celui d'une atrophie consécutive à la gestation.

Quant au premier fait que nous a sommairement relaté M. Forget dans sa communication, il me semble démontrer aussi que la grossesse n'a eu, sur le développement du fibrôme, qu'une influence très-faible ou nulle. En effet, notre collègue nous apprend qu'une dame affectée d'une tumeur volumineuse de l'utérus devint successivement trois fois enceinte, conduisit à terme ses trois grossesses et n'eut de laborieux que le dernier accouchement. Pour que les choses se soient ainsi passées, il faut bien que l'accroissement de volume de la tumeur se soit opéré avec lenteur. Car, bien que M. Forget n'ait pas indiqué le laps de temps pendant lequel ces trois grossesses suivirent leur cours, ce n'est pas exagérer en le supposant d'au moins trois années. Si donc la tumeur a grossi dans cet intervalle, il n'y a rien là que de très-conforme à l'évolution habituelle des fibrômes, et je ne puis voir dans ce cas un exemple décisif de l'action de la grossesse sur la célérité de développement de ces sortes de tumeurs.

Que si, maintenant, nous opposons à ces faits douteux le grand nombre de ceux dans lesquels la grossesse paraît n'avoir exercé aucune action sur l'évolution des fibrômes; si, par exemple, nous rappelons le cas de M. Faliu, présenté dernièrement à la Société par M. Depaul, de même que celui dont je viens de donner la relation; si nous invoquons les faits de même genre qui se trouvent publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1862, p. 61, et 1864, p. 197, un autre présenté, en mars dernier, à la Société anatomique par M. Lelong, etc., et tous ceux dans lesquels, à côté de corps fibreux plus ou moins altérés, on a rencontré de ces mêmes tumeurs à l'état de dureté cartilagineuse, nous serons évidemment portés à conclure :

1° Que la *réalité* des modifications imprimées à certains fibrômes utérins par la gestation, quoique très-vraisemblable, manque cependant encore d'une rigoureuse démonstration;

2° Que l'influence dont il s'agit étant supposée incontestable, on ne saurait du moins la considérer jusqu'ici que comme un fait purement exceptionnel.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur sarcomateuse enkystée, développée au niveau de la commissure du premier et du deuxième orteil.

M. Marjolin. La tumeur que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen a été enlevée il y a quelques jours chez un malade d'une cinquantaine d'années. Il y avait cinq à six ans que, sans cause connue, sans avoir reçu de contusion sur le pied et sans avoir été blessé par une chaussure, il avait vu survenir au niveau de la commissure du premier et du deuxième orteil une petite tumeur molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, sans développement insolite des veines. Aucun changement appréciable n'avait eu lieu au début, mais, depuis deux ans, le volume de la tumeur avait notablement augmenté; elle avait la grosseur de la moitié d'une noix, s'étendait en arrière entre les deux premiers métatarsiens, sans plonger dans leur intervalle, et était devenue très-douloureuse dans la marche. Le malade pouvait encore porter des chaussures, mais il en souffrait.

La peau, dans ces derniers temps, était devenue rouge, un peu adhérente. Bien que l'examen de la tumeur fût très-douloureux au toucher, je dus, avant de prendre un parti, examiner si elle était mobile ou adhérente aux tissus voisins, et chercher à déterminer sa nature. S'agissait-il d'un kyste, d'un lipôme ou d'une tumeur sarcomateuse? Telle était la question. Après avoir constaté sa mobilité, l'absence de toute fluctuation, je pensai qu'en présence des douleurs ressenties par ce malade, nous devions avoir affaire à une tumeur sarcomateuse, et j'inclinai d'autant plus vers cette opinion que je me rappelai un cas presque semblable que j'avais vu dans le service de Blandin et de mon père à l'hôpital Beaujon. En conséquence, j'engageai le malade à se faire opérer le plus tôt possible. Je pratiquai l'extraction de la tumeur assisté de M. Chaume, interne de mon service. Après avoir, par l'anesthésie éthérée locale, diminué la sensibilité de la peau, je fis une incision elliptique, et la tumeur put être très-facilement énuclée. Elle ressemblait assez, comme vous le voyez, à une prostate; sa couleur était d'un rouge violet; la membrane d'enveloppe était assez résistante. L'opération fut aussi simple que possible. En examinant à l'œil nu sa coupe, elle présentait tout à fait l'aspect des tumeurs fongueuses sarcomateuses, ce qui est toujours à considérer au point de vue du pronostic.

L'examen de la pièce a été fait depuis par M. le docteur Cornil, et voici ce qu'il m'a écrit à ce sujet :

« La petite tumeur que vous nous avez envoyée présente par le râclage des petits éléments fibro-plastiques et de grosses cellules-mères à prolongements irréguliers, semblables aux éléments décrits par M. Robin sous le nom de myéloplaxes. Sur une coupe on trouve d'énormes noyaux à parois très-minces, remplis de sang, et un tissu composé des éléments précédents dans une substance fondamentale et fibrillaire.

« En résumé, c'est un sarcôme ; comme gravité il faut craindre une récidive sur place et se regarder comme très-heureux si l'affection ne repullule pas. »

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 15 JUILLET 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— L'*Art dentaire.*

— Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

— Le *Sud médical* (de Marseille).

— M. Duplay offre à la Société le premier fascicule du tome III du *Traité élémentaire de pathologie externe*, commencé par M. Follin. La Société remercie l'auteur.

DISCUSSION.

Luxations de la hanche.

M. DESPRÉS. La pièce présentée par M. Tillaux me paraît être une luxation congéniale. Je me fonde sur plusieurs caractères de cette luxation. D'abord, je n'ai point trouvé dans le tractus fibreux, donné

comme un vestige de la capsule, un débris de capsule. Autant que mes souvenirs me le rappellent, ce tractus fibreux renfermait du muscle et ne s'insérait pas sur l'épine iliaque antérieure et inférieure. Il y a une capsule nouvelle complète, et il n'y a pas d'arthrite sèche dans la cavité nouvelle, comme cela a lieu dans les luxations anciennes. J'ai remarqué aussi sur cette pièce la déformation triangulaire de la cavité cotyloïde, l'élévation du pubis, ce qui constitue deux caractères de la luxation congéniale. M. Anger a, dans son *Iconographie des maladies chirurgicales*, représenté la pièce d'une luxation très-ancienne. La cavité cotyloïde était remplie de graisse; la nouvelle cavité était aussi remplie de graisse, et il y avait de l'arthrite sèche. Je regrette que la pièce ne soit pas ici, j'aurais sans doute mieux expliqué ma pensée; mais autant que cela peut être affirmé quand les antécédents font défaut, je crois que M. Tillaux nous a présenté une luxation congéniale.

PROPOSITION RELATIVE AUX VACANCES.

Une proposition relative à la question des vacances, et appuyée par plusieurs membres, est déposée sur le bureau.

Une discussion s'engage alors entre plusieurs membres : MM. Broca, Trélat, Dolbeau, Marjolin, Chassaignac.

M. Broca fait observer que les vacances ont été décidées l'année dernière, et qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ce sujet. M. Dolbeau rappelle que la Société n'a pas été convoquée régulièrement, que ses délibérations ont eu lieu à un moment où elle n'était pas en nombre, et que, par conséquent, cette question doit être soumise de nouveau à la discussion.

Après quelques paroles encore échangées à ce sujet, la Société, consultée, décide que cette question sera mise à l'ordre du jour de la prochaine séance et traitée en séance publique.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. Blot présente, de la part de M. le docteur Moralès : 1° un forceps auquel celui-ci a fait subir une modification qui consiste à avoir coudé l'instrument au niveau de sa partie articulée; 2° un porte-lacs particulier.

M. Tarnier. Je trouve peu utile de chercher à créer des instruments pour faciliter le glissement du lacs. Avec la main seule, on

peut porter le lacs sur le pied jusque dans l'utérus. J'ai exécuté plusieurs fois cette manœuvre très-facilement. Je fais un nœud coulant avec le lacs, et je porte celui-ci sur mes doigts jusque sur la partie à saisir.

M. Blot. Dans l'application du lacs, la difficulté ne consiste pas à introduire celui-ci autour du pied, mais, le plus souvent, à le serrer. Peut-être, dans ce dernier temps de la manœuvre, l'instrument de M. Moralès pourrait rendre service.

M. Depaul. Je pense que le besoin de la modification apportée au forceps par notre confrère ne se faisait pas sentir.

Quant à ce qui a trait au lacs, je suis un peu de l'avis de M. Blot contre M. Tarnier. Cela n'est pas facile de faire passer le nœud coulant de sur ses doigts sur la partie qu'on veut saisir. Le lacs est encore plus difficile à placer sur la main, et j'ai vu M. Dubois s'y reprendre à six fois.

Dans un voyage que j'ai fait en Belgique, j'ai vu un porte-cordon construit sur les indications de M. Hyernaux. Il consiste en une espèce de petite fourche qui supporte le lacs et paraît quelquefois pouvoir rendre service.

En résumé, tous ces instruments peuvent être utiles dans quelques cas exceptionnels, mais le plus ordinairement, la main suffit.

DISCUSSION.

Corps fibreux de l'utérus.

M. Guyon. J'ai été étonné en entendant les conclusions du travail lu par M. Guéniot dans la dernière séance. Il m'a paru que notre confrère tombait dans l'exagération en voulant nier les modifications dont les corps fibreux peuvent être le siége pendant la grossesse.

Je veux vous entretenir d'un fait que j'ai observé tout récemment et qui ne s'accorde pas du tout avec la manière de voir de M. Guéniot.

Il s'agit d'une femme qui porte un corps fibreux depuis quelques mois seulement, suivant elle, mais très-probablement depuis beaucoup plus longtemps. Il s'agit d'un corps fibreux interstitiel, l'utérus est en rétroversion et le col est porté en avant, derrière les pubis.

Cette femme venait à l'hôpital pour y être soignée d'une rétention d'urine. Lorsque je pratiquai le toucher, je pensai d'abord à une grossesse; mais cette femme m'affirma qu'elle était très-bien réglée et que les règles viendraient sans doute le lendemain.

Les règles vinrent en effet.

Lorsque la période menstruelle fut passée, je constatai que la tumeur était beaucoup plus dure et avait diminué de volume. Au début, il était impossible de pratiquer la réduction de la tumeur, tandis que cela devint très-facile, une fois l'époque menstruelle passée.

Il est bien évident qu'à chaque période des règles, cette tumeur devenait plus volumineuse et donnait naissance à une rétention d'urine.

En rapprochant ces faits, je crois pouvoir conclure que, même pendant la période menstruelle, un corps fibreux peut être modifié; mais assurément, pendant la grossesse, des modifications analogues peuvent avoir lieu, et parmi les faits de cette nature, celui cité par M. Danyau est un des plus complets. Ce corps fibreux avait pris un développement considérable pendant les premiers mois de la grossesse.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 22 JUILLET 1868

Présidence de M. LEGOUEST

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique.* — La *Gazette médicale de Strasbourg.* — Le *Journal de médecine de l'Ouest.*

A la suite d'une discussion sur la proposition de suspendre les séances pendant la durée des vacances, discussion à laquelle prennent part MM. Marjolin, Chassaignac, Trélat, Verneuil, Depaul, Giraldès et Lefort, la Société décide qu'une Commission sera nommée pour faire un rapport sur cette question.

LECTURE.

M. Bailly lit un mémoire sur un cas de corps fibreux de l'utérus accompagné de rétroversion momentanée de la matrice pendant les règles.

La séance est levée à six heures et demie.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 29 JUILLET 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORT.

M. Sée donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Giraud-Teulon, sur l'accommodation de l'œil. Le mémoire et le rapport sont renvoyés aux archives.

ÉLECTION.

La Société nomme une Commission chargée d'étudier la question du congé annuel. Après plusieurs tours de scrutin, sont nommés à la majorité absolue :

MM. Guérin, Brooa, Trélat, Legouest, Verneuil.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. Verneuil présente une pièce pathologique provenant d'un malade âgé de 5 à 6 ans, atteint de décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur, pour lequel il pratiqua l'amputation de la cuisse.

DISCUSSION.

Sur les corps fibreux de l'utérus comme obstacle à l'accouchement,

M. Depaul. Dans une de vos dernières séances, M. Guéniot vous a communiqué une très-intéressante observation relative à un fibrôme

utérin saillant du côté de la cavité péritonéale, en grande partie engagé dans l'excavation pelvienne, et qui, par son volume, avait fait craindre les plus graves complications pour le moment de l'accouchement. Vous n'avez pas oublié comment les efforts naturels suffirent à dissiper des craintes pourtant bien légitimes, et comment la malade accoucha, sans grande difficulté, d'un enfant vivant et parfaitement viable.

Je viens aujourd'hui vous demander la permission de vous soumettre une observation qui a la plus grande analogie avec la précédente, et qui a eu une terminaison non moins heureuse.

L'étude et l'interprétation de ces deux faits, leur comparaison avec quelques autres que possède la science, ou avec ceux que j'ai pu déjà recueillir dans ma pratique, me permettront, j'espère, d'apporter quelque lumière dans une question d'obstétrique encore obscure et qui est digne, sous tous les rapports, de fixer l'attention des chirurgiens.

Voici d'abord cette observation :

Fibrômes utérins péritonéaux multiples, compliquant une première grossesse, l'un d'eux obstruant presque complétement l'excavation. — Accouchement spontané et heureux pour la mère et pour l'enfant. —

Madame L..., femme d'un peintre distingué, âgée de 36 ans, mariée depuis six ans environ, avait toujours eu une excellente santé, et à part quelques irritations intestinales, on pouvait la considérer comme une femme forte et robuste.

Sa mère avait eu huit grossesses, dont trois doubles. Quant à elle, elle fut réglée à l'âge de 13 ans sans aucune difficulté, et depuis cette époque la menstruation suivit une marche régulière. L'écoulement sanguin ne durait que trois ou quatre jours chaque mois et était peu abondant et ne donnait d'ailleurs lieu à aucune douleur abdominale ou utérine.

Les cinq premières années de son mariage se passèrent sans qu'elle devînt enceinte. Je dois dire cependant que cela dépendait probablement, non pas d'un état utérin qui aurait rendu la conception difficile, mais bien de dispositions particulières prises par le mari, qui préférait se réserver pour plus tard les douceurs de la paternité. Je me suis cru autorisé à commettre cette petite indiscrétion pour qu'on ne se livrât pas à des interprétations erronées.

La dernière apparition des règles avait eu lieu le 30 août 1867. Déjà vers la fin du mois de septembre elle éprouvait du malaise et des

besoins fréquents d'uriner, surtout la nuit. Dans le milieu du mois d'octobre, des troubles dans les fonctions digestives commencèrent à se manifester. Dégoût pour les aliments, dyspepsie, etc. A la fin de ce mois, un vomissement eut lieu le matin, à jeun. Au commencement de novembre, madame L... étant alors à la campagne (en Bourgogne), reconnut qu'elle avait une tumeur dans le ventre. Un médecin de la localité fut consulté et ne lui cacha pas que le cas lui paraissait très-embarrassant. Toutefois il émit l'opinion qu'il y avait probablement une grossesse compliquée d'une maladie.

De retour à Paris, elle demanda, le 25 novembre, les conseils de M. le docteur Lorain, qui était depuis longtemps le médecin et l'ami de la famille. Celui-ci reconnut la présence de tumeurs fibreuses dans l'abdomen et le bassin, et il conseilla d'aller consulter M. Nélaton, qui, de son côté, constata les tumeurs et soupçonna la grossesse, sans toutefois pouvoir en obtenir la preuve certaine. Aussi il recommanda de ne rien faire pour le moment et d'attendre qu'on fût fixé sous ce dernier rapport.

Du 12 au 14 janvier, madame L... sentit les premiers mouvements de son enfant, et le 25 février M. Lorain entendit très-nettement les battements du cœur fœtal. Le doute n'étant plus possible et notre confrère comprenant toute la gravité de la situation, voulut bien réclamer mes conseils.

Le 14 mars de cette année, il accompagna madame L... chez moi, et tous deux me donnèrent les renseignements que je viens de relater. J'ai déjà dit que la dernière époque des règles remontait au 30 août 1867; mais j'appris en outre qu'il y avait des raisons toutes particulières pour admettre que la conception avait eu lieu le 8 septembre. Je pus donc établir qu'au moment de mon premier examen la grossesse était arrivée à six mois et une semaine.

Il me fut d'abord facile de m'assurer de sa réalité. Une ligne brun foncé, s'élargissant au niveau de l'ombilic, existait sur le trajet de ligne blanche. Le ventre, sur lequel je reviendrai bientôt, était notablement développé, mais avait une forme insolite. Les seins, fermes et volumineux, offraient des aréoles et des mamelons colorés en brun foncé. Les tubercules papillaires étaient plus gros que d'habitude. Enfin, pour épargner des détails inutiles, je dirai que par l'auscultation j'entendis les battements du cœur fœtal un peu au-dessous de l'ombilic et le bruit de souffle utérin dans la région latérale gauche.

A la simple inspection, la conformation de l'abdomen offrait quelque chose d'inaccoutumé. En avant et un peu à gauche, à deux doigts de l'ombilic, on voyait se dessiner une bosselure arrondie que la palpa-

tion me montra bientôt être mobile et que je pus alternativement incliner à droite et à gauche en la faisant glisser entre l'utérus et les parois abdominales. Cette bosselure, assez régulièrement arrondie, avait le volume d'une mandarine et tenait par un pédicule à gauche de la paroi antérieure de la matrice. Sa consistance assez ferme donnait la sensation des corps fibreux ordinaires. Dans une région un peu plus élevée et à peu près sur la ligne médiane, je découvris un autre fibrôme ayant environ la grosseur de l'extrémité du pouce, arrondi à son sommet, faisant une saillie d'à peu près 2 centimètres, plus dur que le précédent, enchâssé par une large base dans le tissu utérin et complétement immobile. Entre ces deux tumeurs et dans toute la région latérale gauche, les parois de la matrice présentaient leur souplesse ordinaire. Mais à droite et en bas, au-dessus de la branche horizontale du pubis de ce côté, je sentis, s'élevant jusqu'à deux doigts de l'ombilic, une masse épaisse s'étendant vers la fosse iliaque droite et tenant à la partie correspondante de l'utérus, dont elle était manifestement une émanation. On ne pouvait lui communiquer aucun mouvement spécial, et elle ne subissait d'autres déplacements que ceux qu'on imprimait à l'utérus tout entier. Il était évident qu'elle tenait au tissu utérin par une large base. Sa consistance, ferme, l'était cependant un peu moins que celle des deux fibrômes précédemment décrits. Tout indiquait d'ailleurs que cette masse plongeait dans la cavité pelvienne avec une partie du segment inférieur de la matrice.

Le toucher vaginal me permit de constater en effet que les deux tiers de l'excavation étaient occupés par une prolongation de cette tumeur qui, par sa partie inférieure, descendait presque jusqu'à la branche ischio-pubienne droite, en rapport par sa surface externe avec la région latérale droite du bassin et empiétant même un peu en arrière sur le côté opposé. Comme elle était un peu plus épaisse à sa partie supérieure, il en résultait que l'obstruction du bassin allait en augmentant de bas en haut. Cette portion pelvienne de la tumeur me parut un peu plus souple que la partie qui dépassait le pubis. Elle était complétement immobile, et les efforts que je fis pour la soulever restèrent infructueux. Le col de la matrice, très-élevé, fut difficilement atteint. Il était fortement rejeté à gauche et en arrière et comme accolé à la paroi correspondante du bassin. Peu long et déjà ramolli, il semblait sortir de la masse fibreuse avec laquelle il était très-intimement uni par toute sa région gauche. Aucune partie fœtale n'était accessible.

Arrivé à ce point de mon examen, je me crus suffisamment renseigné pour établir mon diagnostic. Il était évident que j'avais sous les

yeux une femme grosse d'un peu plus de six mois avec un utérus à la surface externe duquel proéminaient plusieurs corps fibreux. J'ai à peine besoin de dire que toutes mes préoccupations se portèrent sur celui que j'ai décrit en dernier lieu et qui obstruait déjà le bassin dans de si grandes proportions. Je n'eus pas de grands efforts à faire pour communiquer mes inquiétudes à M. Lorain, qui avait déjà compris toute la gravité de la situation.

A partir de ce moment, il fut décidé que je prendrais la direction de la malade, et comme j'étais très-désireux d'étudier avec grand soin ce fait intéressant, je demandai à la voir tous les quinze jours. C'est ce qui eut lieu, en effet, à partir du 14 mars. Madame L..., qui comprenait très-bien sa position exceptionnelle, vint régulièrement chez moi, et à chacune de ses visites je recommençais un examen complet. Il devint très-évident que les trois fibrômes s'accroissaient dans une proportion notable et que celui qui s'engageait dans le bassin y occupait une place de plus en plus grande. Chaque fois je trouvais un peu diminué l'espace qui existait à gauche et en arrière, et le col devenait plus difficile à atteindre. Je pus noter en même temps que la consistance de la masse pelvienne diminuait. Pareille modification se produisait pour la tumeur pédiculée. La petite tumeur à base large resta beaucoup plus dure.

Après deux mois d'observation, ne voyant aucune modification favorable se manifester qui permît d'espérer une terminaison heureuse, je résolus, dans l'intérêt de la malade et aussi pour mettre ma responsabilité à couvert, de provoquer une consultation. La famille m'ayant laissé toute latitude, je priai MM. Nélaton, Lorain, Tarnier et Guéniot de vouloir bien se joindre à moi, et le 20 mai nous nous rendîmes chez madame L...

Après avoir exposé à mes confrères ce que j'avais constaté à ma première visite, qui remontait alors à deux mois et une semaine, après leur avoir fait part de mes observations nouvelles dans mes examens successifs, chacun d'eux se livra à une investigation longue et minutieuse, de laquelle il résulta une opinion unanime au point de vue de l'état anatomique, qui fut la confirmation de ce que j'ai précédemment indiqué sous ce rapport.

Tous mes confrères furent frappés de la place considérable que le fibrôme inférieur occupait dans la cavité pelvienne ; ils constatèrent son immobilité, l'élévation du col et son refoulement à gauche et en arrière.

Quant aux deux autres tumeurs, on les examina ; mais elles étaient trop élevées au-dessus du détroit abdominal pour faire craindre

quelques difficultés au point de vue des phénomènes mécaniques de la parturition.

Une longue discussion s'engagea ensuite sur les éventualités possibles et sur ce que je pourrais être appelé à faire au moment de l'accouchement. Je ne crois pas nécessaire de reproduire ici les différentes opinions qui furent émises. Je me contente de dire que tout le monde fut d'accord sur les résolutions suivantes : 1° laisser la grossesse arriver à son terme ; 2° faire une large part, au moment de l'accouchement, aux efforts naturels ; 3° les aider par tous les moyens possibles, pour désobstruer le bassin ; 4° se tenir prêt pour l'opération césarienne, dans le cas où la tumeur ne se déplacerait pas.

Les consultants étant nombreux et chacun ayant cru devoir examiner avec détail, notre réunion, qui dura longtemps, fut un peu fatigante pour madame L... A partir de ce moment, elle éprouva de temps en temps quelques petites douleurs dans la région utérine ; mais, pendant sept à huit jours, elles restèrent assez faibles et assez éloignées, et elle ne crut pas devoir me prévenir.

Le 28 mai, à deux heures et demie du matin, des contractions utérines plus rapprochées et plus douloureuses se déclarèrent. Ne se reproduisant d'abord que tous les quarts d'heure, elles se rapprochèrent insensiblement et ne furent bientôt plus séparées que par des intervalles de quatre à cinq minutes.

A huit heures et demie du matin, les membranes s'ouvrirent spontanément, et il s'écoula une assez grande quantité de liquide amniotique. On partit alors pour me prévenir, et comme je n'étais pas chez moi, on courut successivement chez MM. Lorain, Guéniot et Tarnier, et c'est ce dernier qu'on put enfin rencontrer. Il était environ dix heures et demie quand il arriva : le toucher lui permit de constater qu'un pied avait franchi l'orifice et était profondément engagé dans le vagin. Il reconnut en outre que la tumeur s'était sensiblement déplacée et qu'elle laissait à gauche du bassin un espace plus considérable.

J'arrivai moi-même trois quarts d'heure après et je pris la direction de l'accouchement. Le pied droit, ayant une teinte violacée, petit et appartenant évidemment à un enfant d'un volume moyen, se voyait entre les grandes lèvres. Le cœur fœtal battait régulièrement. Les contractions utérines revenaient toutes les trois ou quatre minutes et étaient énergiques. Le doigt introduit dans le vagin trouva l'orifice encore élevé et traversé par le membre inférieur, dont le pied se voyait à l'extérieur. L'autre membre était resté fléchi et le second pied était encore au niveau du détroit supérieur. Le cordon ombilical ne faisait pas procidence ; quant à l'orifice, il était déjà notablement di-

laté. Le diamètre de son ouverture me parut être d'environ 4 à 5 centimètres; mais ce qui me frappa surtout, ce furent les modifications importantes qui s'étaient produites dans les rapports de la tumeur avec l'excavation pelvienne. Celle-ci qui, naguère, était obstruée dans plus des trois quarts de son étendue à la région supérieure, me parut débarrassée du fibrôme dans plus de la moitié de sa capacité, et c'est naturellement du côté gauche que la place s'était faite.

Ce résultat n'était pas dû à l'aplatissement de la tumeur, mais celle-ci avait évidemment exécuté un mouvement ascensionnel, et on la trouvait beaucoup plus volumineuse à droite de l'abdomen. Je compris que la malade était sauvée et que j'allais voir se compléter, par les seuls efforts naturels, ce qui était déjà si largement commencé. Je n'ai pas besoin de dire avec quel intérêt je suivis les différentes phases de ce travail. Je vis se produire une dilatation de plus en plus grande. La tumeur remonta progressivement vers l'abdomen, et bientôt ce qui restait encore dans la partie supérieure de l'excavation devint assez mobile pour qu'il me fût facile de l'en éloigner complétement avec le doigt.

Vers midi et quart, la dilatation était à peu près complète, et l'extrémité pelvienne un peu plus engagée. Voulant augmenter l'énergie des contractions utérines qui s'affaiblissaient depuis quelque temps, je fis prendre 2 grammes de seigle ergoté en quatre doses. L'action du médicament ne tarda pas à se faire sentir, et je plaçai alors la malade en travers, sur le bord d'un lit suffisamment élevé pour être en mesure de seconder le passage de l'enfant Au moment d'une contraction, le doigt indicateur de la main droite me servit à remonter au-dessus du détroit supérieur ce qui restait encore de la tumeur, et au même instant, saisissant avec la main gauche le membre inférieur déjà sorti, j'engageai définitivement le pelvis jusqu'au détroit inférieur. Après avoir veillé à la sortie des hanches et m'être assuré de l'état du cordon, je dus intervenir pour le dégagement des bras, qui s'étaient relevés La manœuvre ne fut pas longue, mais de plus grandes difficultés m'attendaient pour l'extraction de la tête. J'avais eu soin de diriger l'occiput en avant, et cependant, pour l'entraîner, il me fallut porter deux doigts de la main gauche sur la nuque, introduire deux doigts de la main droite dans la bouche et tirer assez fort pendant plusieurs minutes. Je dois dire, toutefois, que la difficulté ne dépendit pas de la tumeur, mais bien du plancher du bassin, qui était épais et résistant.

Le cordon fut coupé et lié immédiatement. L'enfant était pâle, anémique et dans un état de mort apparente aussi complet que possible.

Ses membres étaient flasques; il ne fit aucune inspiration, et l'examen du cœur ne me permit pas de constater la plus légère pulsation. Je le portai sur une table, et là, après avoir débarrassé la bouche de mucosités abondantes et avoir sans succès, pendant quelques minutes, employé les moyens ordinaires, j'eus recours à l'insufflation pulmonaire. Le premier résultat obtenu fut de faire battre le cœur, et bientôt se produisirent quelques petites inspirations spontanées. Après vingt ou vingt-cinq minutes de soins, l'enfant était complétement ranimé et poussait des cris rassurants.

Je revins alors à la mère, et trouvant le placenta dans le vagin, j'en fis l'extraction à l'aide de quelques tractions sur le cordon. Il ne s'écoula qu'une très-petite quantité de sang, moins que chez la plupart des femmes. L'état général était excellent, le pouls parfaitement calme, et madame L... fut remise dans son lit, très-heureuse d'en être quitte à si bon compte. Avant de m'en aller, je voulus savoir ce qu'étaient devenues les tumeurs, et je fis un examen par le ventre et par le vagin : l'excavation était complétement débarrassée. Le col seul, épais et peu long, en occupait le centre et était très-élevé.

A travers les parois abdominales, on sentait une grosse masse inégale dépassant de quatre travers de doigt la cicatrice ombilicale et s'étendant d'une fosse iliaque à l'autre. A droite, on distinguait le fibrôme inférieur, formant une grande partie de la tumeur et remontant jusqu'au dessus de l'ombilic.

Plus à gauche que pendant la grossesse, la tumeur fibreuse pédiculée et plus mobile; au milieu est à peu près au niveau de l'ombilic, le petit fibrôme à base large, toujours plus dur que les deux autres.

Les deux premiers jours se passèrent dans un état parfait. Lochies sanguines très-modérées, sans caillots et sans fétidité. La mlaade urine sans difficulté. Les nuits sont excellentes; pouls à 80. Pour boisson, infusion de fleurs de tilleul et sirop de cerises étendu d'eau. Comme aliments, du bouillon et des potages.

Le 31 mai, même état général excellent. Il survient seulement de violentes tranchées utérines qui sont combattues avec avantage par des onctions sur l'abdomen avec une pommade belladonée et l'administration de petits lavements laudanisés. Pouls à 80; même régime.

1er juin. — Les coliques sont revenues pendant la nuit et ont été très-violentes. L'état général est d'ailleurs toujours satisfaisant. On revient à l'usage de la pommade belladonée et des lavements laudanisés, et le calme ne tarde pas à reparaître.

2 juin. — Déjà, depuis la veille, la montée du lait a commencé à se faire. Je trouve les seins fermes et un peu sensibles au toucher; le

pouls bat toujours 80 fois par minute. Madame L... se plaint de nouveau de tranchées, qui sont encore calmées par les mêmes moyens. Les lochies sont encore sanguinolentes, mais en petite quantité. L col, très-élevé, se trouve dans la direction de l'axe du détroit supérieur; la tumeur ne s'est pas réengagée. Le fond de la matrice s'élève de trois doigts au-dessus de l'ombilic.

Le 3 juin, madame L... est purgée avec 30 grammes d'huile de ricin et du bouillon aux herbes. Plusieurs garde-robes sont obtenues et l'état est toujours excellent.

Le 4 et le 5 juin, rien de particulier à noter. On donne quelques aliments solides qui sont très-bien supportés.

Le 6 juin, le fond de l'utérus s'est encore abaissé : il ne dépasse plus que de deux doigts la cicatrice ombilicale. Le fibrôme inférieur diminue un peu de volume; il en est de même de celui qui est pédiculé et toujours mobile. Depuis quelques jours, on le trouve presque constamment au-dessous de la région épigastrique, à peu près sur la ligne médiane.

Le 7 juin, le fond de l'utérus ne dépasse plus que d'un doigt l'ombilic. Il est vrai que le segment inférieur, moins volumineux, est un peu descendu dans l'excavation, entraînant le fibrôme qui remplit à peu près la moitié de la région supérieure de cette cavité. Il s'écoule toujours un peu de sang.

A partir de ce moment, j'ai vu madame L... presque tous les jours et je l'ai complétement examinée un grand nombre de fois. Pour ne pas augmenter les proportions de cette observation, déjà très-longue, je me contenterai de résumer très-brièvement les principales remarques que j'ai faites et surtout celles qui se rapportent au retrait de l'utérus et des tumeurs.

La masse totale représentée par l'utérus et les fibrômes qui en constituent maintenant la plus grande partie, s'élève encore, jusque vers le 15 juin, un peu au-dessus de l'ombilic. Dès cette époque, elle diminue insensiblement chaque jour, et il est facile de reconnaître que c'est aux dépens du tissu utérin que la diminution s'opère. Le corps fibreux pédiculé, qui était resté pendant plusieurs jours au-dessus de l'ombilic, se porte petit à petit à gauche et se cache de plus en plus dans la fosse iliaque de ce côté. Le corps fibreux principal entoure la partie inférieure de l'utérus dans plus de la moitié de sa circonférence. La partie inférieure reste définitivement engagée dans l'excavation, tandis que, par la partie supérieure, il continue à s'élever à plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis. Quant au petit fibrôme, il occupe toujours la partie médiane; il paraît se déta-

cher du fond de la matrice et reste longtemps voisin de l'ombilic. Un écoulement sanguin très-peu abondant dès le début a continué, en diminuant, mais presque sans interruption, pendant quatre semaines. Durant tout ce temps, j'ai tenu madame L... couchée dans son lit, et c'est seulement lorsqu'elle n'a plus rien perdu que je l'ai autorisée d'abord à se placer sur un canapé, puis à faire quelques pas dans sa chambre et enfin bientôt à sortir et à reprendre sa vie ordinaire. Je dois dire que tout cela a pu être fait sans aucun inconvénient; j'ai pris la précaution de lui faire porter une ceinture élastique pour soutenir la région inférieure du ventre, et je continuerai à la voir de temps en temps pour étudier jusqu'à la fin ce qui se passera du côté des tumeurs.

Ma dernière visite est du 9 juillet, et voici ce que j'ai noté :

Le fond de l'utérus est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Ce qui me démontre que c'est bien lui que je touche, c'est que je retrouve implanté, sur sa partie la plus élevée, le petit fibrôme immobile dont j'ai déjà si souvent parlé. Le fibrôme du côté droit s'élève encore presque aussi haut que le fond de la matrice. Par en bas, il plonge toujours dans l'excavation dont il remplit encore une notable partie. Le col, peu saillant, est incliné à gauche et en arrière et paraît se détacher comme une saillie sculptée dans la masse fibreuse, qui le dépasse un peu à droite. Le fibrôme pédiculé est couché dans la fosse iliaque gauche, dans laquelle il jouit d'une grande mobilité.

Quant au volume de ces tumeurs, il me paraît incontestable qu'il a déjà très-sensiblement diminué. C'est surtout pour celle qui est pédiculée que cela me paraît évident. La droite conserve encore un diamètre vertical considérable, mais il ne me paraît pas douteux que transversalement, et d'avant en arrière, elle ait déjà perdu sensiblement de ses dimensions.

Sous le rapport de la consistance, je crois pouvoir affirmer également qu'elle devient chaque jour plus considérable. Au reste, un mois et douze jours se sont à peine écoulés depuis l'accouchement, et l'observation de faits analogues m'a démontré qu'il fallait un temps plus long pour bien apprécier les changements complets qui peuvent se produire dans les fibrômes utérins. Il sera donc intéressant de suivre encore pendant longtemps madame L..., et je me ferai un devoir de soumettre à la Société mes nouvelles constatations.

J'ajoute en terminant que l'enfant, qui est du sexe masculin, ne pesait que 2 kilos 500 grammes au moment de la naissance. Il a été confié à une bonne nourrice, et aujourd'hui (9 juillet), il se développe à merveille et pèse déjà 3 kilos 635 grammes.

P.-S. — J'ai vu madame L..., pour la dernière fois, le 25 juillet. La diminution des tumeurs continue, d'une manière très-notable, du côté de l'abdomen et du côté de l'excavation pelvienne.

J'ai appris hier, 28, qu'elle avait ses règles depuis la veille. Je ne manquerai pas de l'examiner dans quelques jours, et à la manière dont les choses se sont passées depuis deux ou trois semaines, je ne doute pas qu'il ne me soit donné de constater une nouvelle diminution dans le volume des fibrômes.

Je ne manquerai pas de tenir la Société au courant des résultats que je constaterai.

La séance est levée.

Le secretaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 5 AOUT 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— Le *Bulletin de thérapeutique*.

— Les *Archives générales de médecine*, numéro d'août.

— La *Revue médicale de Toulouse*.

— Le *Sud médical*.

— M. Liégeois dépose sur le bureau, de la part de M. Byasson, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi : *Essai sur la relation qui existe à l'état physiologique entre l'activité cérébrale et la composition des urines;* de la part de M. le docteur Guillaume, l'article *Bégaiement*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

— M. Samuel Gross, professeur de chirurgie à Jefferson-Médical-College, à Philadelphie, adresse à la Société deux ouvrages importants : *A practical Treatise on the diseases, injuries and malformations of the urinary bladder, the prostate gland and the urethra.* Philadelphie, 1855, 1 vol. in-8°. — *A system of surgery.* Philadelphie

1866, 2 volumes in-8° avec nombreuses figures intercalées dans le texte.

— Lettre de M. Broca, annonçant la mort de M. Middeldorpf, membre correspondant, à Breslau.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret et décide qu'elle prendra des vacances du 15 août au 1er octobre.

Reprise de la séance publique.

COMMUNICATIONS.

Nouveau procédé pour l'ablation des amygdales.

M. Broca fait part à la Société d'un nouveau procédé pour l'ablation des amygdales, applicable surtout dans les cas où les amygdales sont enfoncées et concaves.

C'est une combinaison du procédé ordinaire et de celui de Fahnestoek. Une érigne étant introduite dans l'anneau de l'instrument de Fahnestoek, l'amygdale est saisie, attirée en dehors et coupée avec la guillotine.

M. Dolbeau, sans réclamer la priorité, dit qu'il s'est servi du même procédé. Il conseille de donner la préférence, d'une manière générale, à l'instrument de Fahnestoek, le procédé ordinaire, avec l'érigne et le bistouri pouvant donner lieu, en des mains inhabiles, aux plus graves accidents. Il cite à l'appui le fait d'un enfant chez lequel un médecin pratiquait l'ablation des amygdales par le procédé ordinaire, et qui, ayant fermé convulsivement la bouche, eut la langue profondément coupée par le bistouri. Il en résulta une hémorrhagie des plus graves dont l'enfant ne guérit que par la ligature en masse de la langue, et en conservant ses amygdales.

M. Guersant se prononce pour l'amygdalotomie par l'instrument de Fahnestoek.

M. Tarnier signale la difficulté que l'on éprouve quelquefois à soulever l'amygdale, lorsque la glande est ramollie.

M. Giraldès. En général, chez les enfants, les amygdales sont proéminentes : elles se développent souvent en bas; mais il est toujours possible, en explorant préalablement l'arrière-gorge, de détermine leur situation et leur volume et de se servir de l'instrument de Fahnestoek.

DISCUSSION.

Fibrômes sous-péritonéaux de l'utérus (suite).

M. Depaul continue une communication relative à ce sujet.

Il examine d'abord l'influence que ces fibrômes peuvent exercer sur

la santé des femmes au point de vue de la grossesse. D'après son observation, ces fibrômes sous-péritonéaux s'opposent rarement à la fécondation et ne déterminent pas de troubles de la menstruation, contrairement à ce que l'on observe pour les fibrômes qui font saillie du côté de la cavité utérine. Cependant cette opinion ne doit pas être donnée comme absolue; certaines de ces tumeurs peuvent donner lieu à des phénomènes inflammatoires, à des métrites. Dans un cas cité par M. Depaul dans la dernière séance, une tumeur sous-péritonéale s'est développée dans le petit bassin et a déterminé des accidents tels que l'avortement a dû être provoqué.

En réponse à l'assertion de M. Guéniot, qui ne croit pas à l'augmentation des corps fibreux ni à leurs modifications de consistance pendant la grossesse, M. Depaul rappelle les observations lues par MM. Guyon et Bailly. De plus, M. Depaul a vu par lui-même des faits qui ne laissent aucun doute sur l'augmentation de volume des fibrômes, soit à l'époque des règles, soit pendant la grossesse.

Outre l'observation qu'il a lue dans la dernière séance et qui ne doit laisser aucun doute sur l'augmentation de volume des fibrômes pendant la grossesse, M. Depaul rapporte les deux faits suivants :

Une dame de 42 ans, mariée depuis vingt-deux ans, sans enfants, a été vue par M. Depaul, conjointement avec M. Lasègue, au début d'une grossesse qui paraissait encore douteuse. Sur la face antérieure de l'utérus, existait un petit fibrôme du volume de l'extrémité du pouce. Au bout d'un mois, l'utérus se développe et la grossesse devient évidente. La malade fut examinée tous les quinze jours par M. Depaul, qui constata que le fibrôme, en même temps qu'il s'élevait avec l'utérus, grossissait de jour en jour. Au moment de l'accouchement, il avait atteint le volume d'une orange; puis après l'accouchement, il reprit graduellement le volume qu'il avait au commencement de la grossesse.

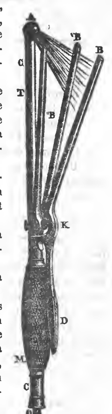
Dans le second fait, il s'agit d'une femme de 31 ans, enceinte pour la première fois. Examinée à quatre mois et demi, on lui trouva, à la paroi antérieure de l'utérus, un fibrôme pédiculé, un peu plus volumineux que celui de l'observation précédente. Le même phénomène s'est produit : la tumeur a grossi graduellement, et en trois mois, elle a acquis le volume du poing. Quatre mois et demi après l'accouchement, cette même tumeur était réduite au volume d'une noix.

M. Depaul remet à la séance suivante la suite de son argumentation et conclut, d'après les faits précédents, que les fibrômes sous-péritonéaux augmentent de volume pendant la grossesse pour reprendre leurs dimensions premières après l'accouchement.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

Irrigateur vésical.

M. LEGOUEST met sous les yeux de la Société de chirurgie un *irrigateur vésical* (voy. fig.), construit par MM. Robert et Collin, sur les indications de M. le docteur Amussat fils, pour expulser de la vessie les détritus lithides, après l'opération de la taille périnéale, lorsque le chirurgien s'est trouvé dans l'obligation de fragmenter le calcul, à cause de ses trop grandes dimensions.



Cet instrument, dont le mécanisme est le même que celui du lithotome double de Dupuytren, se compose d'un tube d'argent T, terminé par une boule de même métal A, munie de deux fentes à échancrures, destinées à donner passage au liquide.

Le tube d'argent est maintenu dans une gouttière d'acier C, entourée d'un manche M, afin d'offrir la résistance nécessaire pour l'écartement des tissus.

Trois tiges d'acier, B, B' et B", destinées à écarter les tissus, sont articulées en K, de manière à pouvoir s'écarter à volonté du tube T.

Un bras de levier, D, sert à rapprocher ou à écarter les tiges d'acier B, B' et B".

L'extrémité O du tube d'argent s'engage dans la canule d'une seringue ordinaire, munie d'un robinet à double effet, qui permet d'aspirer le liquide à l'aide d'un tube en caoutchouc pour la remplir, et lorsqu'il a subi un quart de rotation, d'injecter avec force le liquide dans la vessie, en le faisant passer par le tube d'argent T de l'irrigateur.

Pour introduire l'instrument dans la vessie, on rapproche les tiges d'acier du tube d'argent. Pour nettoyer la vessie, on les écarte.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 12 AOUT 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine;

— Le *Montpellier médical*;

— Le *Journal de Médecine et de Chirurgie*;

— Le *Journal de Médecine de l'Ouest*.

— Une note adressée par le docteur Sirus Pirondi, membre correspondant, sur une tumeur du sein. M. Desprès a examiné cette tumeur et remis une note ci-jointe.

M. DESPRÈS. L'examen microscopique de la tumeur de la mamelle envoyée par M. Sirus Pirondi permet d'affirmer qu'il s'agit d'un adénome mammaire renfermant des kystes. On trouve des culs-de-sac glandulaires remplis d'épithélium nucléaire normal. C'est là un exemple de ces gros adénomes kystiques que l'on a appelés, en Allemagne, adéno-sarcomes ou cysto-sarcomes, et qui ont été bien étudiés à la Société anatomique.

— M. GIRALDÈS communique de la part de M. Stahl un nouveau mode d'appareil plâtré et dépose une note relative à ce sujet.

— M. GUYON communique une observation de fracture du pubis par contraction musculaire, transmise par M. Letenneur.

Fracture du pubis par contraction musculaire.

Rose-Julie P..., âgée de 43 ans, est une forte femme aux allures masculines, faisant le métier de portefaix et ayant longtemps porté des habits d'homme pour travailler avec plus de facilité.

Pendant les premiers jours d'avril 1868, elle était occupée avec son mari, âgé de 63 ans, à bord d'un bateau chargé de pierres. Il s'agissait de déposer ces pierres sur le quai, auquel le bateau était fixé;

or, pour épargner de la fatigue à son mari, la femme P... se chargeait des pierres les plus lourdes, dont le poids moyen était de 150 livres.

C'est en se livrant à ce travail qu'elle éprouva l'accident pour lequel elle est venue se faire soigner à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Voici comment elle raconte ce qui lui est arrivé :

Elle venait de prendre au fond du bateau une de ces grosses pierres qu'elle souleva avec peine jusqu'au niveau du pubis, sur lequel elle l'appuya. Le corps était penché en avant, et pour placer la pierre sur le quai, il fallait l'élever encore de 30 à 40 centimètres. La femme P..., dont les bras étaient impuissants pour cette lourde tâche, réunit toutes ses forces, se redressa et poussa la pierre sur le bord à l'aide de son ventre. La pierre arriva au but, mais la pauvre femme sentit une vive douleur dans l'aine gauche, sans craquement. Elle compare cette douleur à une déchirure. Malgré cela, elle termina sa journée, mais sans s'attaquer à d'aussi lourds fardeaux.

Le lendemain elle transporta, tout le jour, des pierres dans une brouette.

Le surlendemain, elle fit à pied un trajet de 7 à 8 kilomètres. A mesure qu'elle avançait, la douleur de l'aine gauche augmentait et elle éprouvait une sensation étrange qui lui faisait dire que son corps s'ouvrait comme si elle accouchait. Arrivée au terme de sa course, elle tomba de fatigue et se sentit incapable de faire un pas de plus. On fut obligé de la ramener à Nantes, couchée dans un bateau ; elle garda le lit pendant quatre jours, après quoi elle se fit transporter à l'hôpital, où elle fut placée dans un service de médecine, comme atteinte de paraplégie. Les circonstances dans lesquelles la maladie s'était produite et l'impossibilité de remuer les membres inférieurs donnaient à ce diagnostic toutes les apparences de la vérité. Cependant la sensibilité était intacte sur tous les points; mais, d'un autre côté, le troisième jour de son entrée à l'hôpital, il y eut une rétention d'urine qui nécessita l'emploi de la sonde. C'est alors que, pendant des recherches répétées faites dans le but de justifier et de préciser le diagnostic, on entendit une crépitation osseuse qui avait lieu lorsque la malade était placée sur le côté. Il fut facile de reconnaître l'existence d'une fracture du bassin, et la malade fut dirigée sur le service de clinique chirurgicale, où nous la vîmes pour la première fois le 4 mai.

La malade est couchée sur le dos. Aucune déformation n'existe à première vue dans le bassin. Les quelques ecchymoses qu'on observe à la région sus-pubienne sont le résultat évident d'une application de

sangsues faite quelques jours auparavant. Il n'y a pas de douleur, si ce n'est dans les mouvements spontanés ou communiqués.

Les membres inférieurs paraissent frappés d'impuissance. Si on dit à la malade de lever les pieds, elle déclare que c'est impossible; si on insiste, les genoux se fléchissent et les pieds glissent sur le lit, comme on l'observe dans les fractures du col du fémur.

Quand le genou est fléchi, la malade fait quelques mouvements d'adduction et d'abduction, mais non sans exciter de la douleur vers le côté gauche du pubis.

En soulevant l'un après l'autre les membres inférieurs et en leur imprimant des mouvements, il est facile de s'assurer que les articulations coxo-fémorales sont intactes.

En explorant le pubis on trouve, du côté gauche, sur le corps de l'os, une saillie placée à quelques millimètres en dehors de l'épine et se prolongeant en bas. Cette saillie est formée par le fragment interne du pubis fracturé ; le fragment externe est un peu abaissé et enfoncé, et la pression du doigt dans ce point détermine une douleur assez vive.

Du côté droit, on ne trouve rien d'analogue, mais la malade y ressent une douleur qui suit la direction du tendon du psoas iliaque jusqu'à son insertion.

Le doigt, introduit dans le vagin, permet de constater une fracture avec un léger déplacement de la branche descendante du pubis gauche. Le côté droit de l'arcade est intact.

Enfin, en faisant coucher la malade sur le côté droit, nous sentons et nous entendons à distance une crépitation très-marquée dont le siége correspond aux points où existe la déformation.

Cette crépitation, que la malade produit à volonté, ne peut être provoquée par les efforts que nous faisons sur les os iliaques, soit pour les écarter, soit pour les rapprocher.

La colonne vertébrale n'offre aucun point douloureux. Il en est de même des symphyses sacro-iliaques, sur lesquelles la pression peut être faite sans déterminer aucune douleur. La malade, interrogée à diverses reprises, répond toujours qu'elle n'a jamais souffert en arrière.

Depuis le jour où on a dû sonder la malade, la miction a toujours été facile; les efforts de défécation ne causent de la douleur vers le pubis que lorsqu'ils sont très-énergiques.

Le 6 mai, je fais appliquer autour des hanches une ceinture de gymnase qui comprime fortement le bassin; à l'instant même, la malade peut élever les jambes sans douleur.

Lorsqu'on desserre la ceinture, l'impuissance des membres inférieurs reparaît immédiatement.

Je recommande de maintenir la ceinture modérément serrée, afin d'immobiliser les fragments et de faciliter la consolidation, mais sans causer trop de gêne.

Je note en passant, pendant les jours suivants, quelques accès de fièvre intermittente combattus avec succès par le sulfate de quinine.

La malade nous annonce qu'elle ne peut se bien porter qu'à la condition de vivre au grand air, et qu'elle n'aura pas ses règles tant qu'elle restera couchée. Cette prédiction s'est en effet réalisée.

Au bout de vingt jours, la crépitation disparut. Dès cette époque, la malade me demande avec instance la permission de se lever : je la lui accorde en lui recommandant de faire peu de mouvements.

Le 25 mai, survint de la fièvre accompagnée de nausées et de vomissements. Le lendemain, nous constatons un érysipèle à la face. Sous l'influence de cette maladie, il y a eu un grand amaigrissement et lorsque l'éruption cutanée disparut, il y eut de nouveaux vomissements suivis d'une diarrhée qui résista pendant plusieurs jours au laudanum et au sous-nitrate de bismuth, et qui me parut dépendre de la propagation de l'érysipèle à la muqueuse du tube digestif.

La malade était entièrement guérie le 2 juillet et demanda son exeat.

La marche est facile; l'abduction de la cuisse gauche est seule un peu gênée.

Au moment où cette femme quitte l'hôpital, nous l'examinons une dernière fois, et grâce à la maigreur causée par son érysipèle, on peut constater facilement la déformation du pubis. La consolidation paraît complète, mais il existe entre les deux fragments une différence de niveau d'un demi-centimètre au moins. L'épine du pubis se trouvant placée plus haut et plus en avant que du côté opposé, il en résulte que le ligament de Fallope est aussi beaucoup plus saillant et que l'arcade qu'il forme est plus marquée.

Je ne connais point, dans la science, de fait analogue à celui que je viens de raconter. Il s'agit bien, en effet, d'une fracture du pubis par contraction musculaire.

La constitution athlétique de la malade, son âge, ses travaux habituels et sa bonne santé éloignent toute idée de diathèse, toute idée de friabilité des os.

Il n'y a point eu de choc sur le pubis, mais un effort extrêmement énergique pour soulever le fardeau qui reposait sur cet os.

Il est facile, du reste, de se rendre compte du mécanisme de

cette fracture en se plaçant dans les conditions où se trouvait la femme P...

Le tronc était demi-fléchi sur les cuisses, la pierre reposant sur le pubis ne pouvant s'élever et s'avancer sur le quai que poussée par le bassin auquel ce double mouvement devait être imprimé.

Il fallait, pour cela, que le membre inférieur gauche supportât tout le poids du corps et que la tête du fémur de ce côté devînt le pivot autour duquel devait se faire le redressement du tronc et la rotation du bassin en avant.

Or, il est probable que, dans ce mouvement brusque et énergique, l'os iliaque gauche, bridé par le psoas-iliaque, n'a pas obéi à l'impulsion qui était donnée à la partie droite du bassin et que l'articulation coxo-fémorale, immobilisée par le maintien de l'équilibre du corps, n'a pas permis le double mouvement d'extension et de rotation du tronc. Entre cette résistance du côté gauche et l'impulsion donnée au côté droit du bassin, le pubis a supporté un effort trop considérable et s'est rompu.

A ce moment l'effort s'est arrêté, et le périoste n'a pas été déchiré. Ce n'est que sous l'influence de mouvements intempestifs que le déplacement s'est produit et qu'enfin le bassin n'a plus donné aux membres inférieurs un point d'appui suffisant.

M. Broca offre à la Société une thèse de M. Hamy sur *l'os intermaxillaire.*

DISCUSSION SUR LES FIBRÔMES SOUS-PÉRITONÉAUX)

M. Depaul. Outre l'augmentation de volume, la grossesse produit encore le ramollissement des corps fibreux.

M. Depaul a pu le constater jour par jour. Ce ramollissement a lieu surtout aux parties périphériques, tandis que les parties centrales des fibrômes conservent toute leur dureté.

Il est curieux d'observer les changements de situation qu'éprouvent les corps fibreux durant la grossesse. Cela s'explique non-seulement par le développement physiologique de l'utérus, mais encore par l'inégalité de ce développement qui, par le fait de l'existence des fibrômes, est irrégulier.

L'aplatissement des corps fibreux de l'utérus pendant la grossesse existe-t-il réellement, comme l'admet M. Guéniot?

M. Depaul ne le pense pas. Il accorde que certains fibrômes pédiculés peuvent s'aplatir légèrement; mais dans les cas où les tumeurs

sont à large base, l'aplatissement est plutôt apparent que réel, c'est-à-dire que la base d'implantation s'accroît en même temps que la matrice.

M. Depaul examine le mécanisme suivant lequel les tumeurs fibreuses se déplacent pendant le travail de l'accouchement. Ce mécanisme, exposé par M. Guéniot, est comparable à celui qui ramène en avant le col utérin, lorsque celui-ci se trouve dirigé en arrière, ainsi que cela a lieu le plus souvent à la fin de la grossesse.

Le déplacement des corps fibreux et la désobstruction du bassin sont produits par la contraction et le raccourcissement des fibres longitudinales de la matrice. Ce mécanisme est vrai pour les tumeurs fibreuses à large base, mais il cesse de l'être pour les fibrômes pédiculés, qui restent enclavés dans le bassin. M. Depaul cite un fait observé par lui lorsqu'il était chef de clinique de M. Dubois. Un fibrôme de l'utérus rendit l'accouchement impossible, et la malade mourut sans que la désobstruction du bassin ait pu s'opérer.

Quelle est l'influence du retrait de la matrice après l'accouchement, sur les fibrômes sous-péritonéaux? S'ils sont pédiculés, à part les changements de situation, ils n'éprouvent pas d'autres modifications. Quant aux tumeurs à large base, le retrait de la matrice tend à les pédiculiser.

M. Depaul examine ensuite les modifications que présentent les corps fibreux péritonéaux. D'après son expérience personnelle, il ne pense pas que l'on doive songer à arrêter le développement de ces tumeurs par les médications internes ou externes.

La question de l'accouchement prématuré artificiel doit être posée dans certains cas, mais on ne peut en discuter ici toutes les indications.

Lorsque des accidents se développent pendant le travail, l'application du forceps, la version, la crâniotomie, l'opération césarienne ont pu, dans différents cas, être employées avec des chances diverses.

M. Depaul a pratiqué dans un cas l'opération césarienne, mais il donne la préférence à la crâniotomie. Contrairement à M. Tarnier, il pense que la version sera le plus souvent impossible, par suite de la présence de la tumeur.

M. Depaul termine en lisant les conclusions suivantes :

Conclusions :

1° Les fibrômes *utérins péritonéaux* ne sont pas rares;

2° Ils peuvent être pédiculés, interstitiels ou à large base;

3° Les premiers n'apportent pas de troubles notables dans les phé-

nomènes de la menstruation; ils ne s'opposent pas à la fécondation et ils n'empêchent pas habituellement la grossesse de parcourir toutes ses périodes;

4° Les seconds, quand ils sont peu volumineux, sont presque aussi inoffensifs au triple point de vue que je viens d'indiquer; mais quand ils sont considérables et qu'ils ont une large base, ils peuvent troubler le développement normal de l'utérus et provoquer l'expulsion prématurée du produit de la conception;

5° L'influence de la grossesse sur les fibrômes utérins péritonéaux ne saurait être contestée. Il est démontré par les faits les plus positifs qu'ils s'accroissent presque toujours et dans des proportions souvent très-considérables pendant la durée de la gestation;

6° En même temps qu'ils augmentent de volume, on remarque généralement que leur consistance diminue un peu, surtout dans les couches les plus extérieures;

7° Ces deux phénomènes, augmentation de volume et ramollissement, sont plus marqués pour les fibrômes interstitiels et à large base que pour ceux qui sont nettement pédiculés;

8° Les fibrômes interstitiels qui se développent un peu du côté du péritoine s'accroissent aussi par leur base, de telle sorte qu'ils paraissent comme aplatis;

9° Cette disposition n'est pas le résultat exclusif de la compression que les corps fibreux subissent entre les parois abdominales et l'utérus; elle se rattache surtout au développement progressif du tissu utérin, qui étale et entraîne le tissu du fibrôme, qui s'hypertrophie lui-même;

10° Les fibrômes *utérins péritonéaux* à large base peuvent irriter l'utérus, donner même lieu à la métrite et faire courir de véritables dangers à une femme enceinte (toutefois, ce résultat s'observe rarement);

11° Ceux de ces corps qui, par leur situation, sont exposés à se développer du côté de l'excavation pelvienne, peuvent donner lieu à la compression de la vessie et du rectum, au déplacement de la matrice et, dans quelques cas graves, faire naître les phénomènes de l'étranglement interne;

12° Les accidents deviennent alors si graves et si pressants, qu'il ne reste plus de ressource pour soustraire la femme à une mort imminente que dans la provocation de l'avortement;

13° Les cas où ils troublent aussi profondément la marche de la grossesse sont heureusement fort rares, et alors, même quand ils obstruent presque complétement l'excavation du bassin, pourvu qu'ils

partent du col ou de la partie inférieure du corps, pourvu que, par une large base, ils tiennent à une portion notable de la circonférence utérine, tout espoir n'est pas perdu. Les forces qui président à la dilatation du col, les changements qui se passent dans la forme de l'utérus après la rupture des membranes peuvent, par un mécanisme facile à comprendre, éloigner progressivement la tumeur, désobstruer le bassin et ouvrir un passage facile à l'enfant;

14° Si les deux faits que M. Guéniot et moi avons fait connaître à la Société permettent d'entrevoir la possibilité d'une terminaison aussi heureuse, il ne faut pas oublier que la science en possède beaucoup d'autres dans lesquels la nature a été impuissante et pour lesquels il a fallu intervenir tantôt par le forceps, tantôt par l'embryotomie, tantôt même par l'opération césarienne;

15° Certains fibrômes utérins péritonéaux constituent une des plus graves complications de la grossesse et soulèvent les questions les plus embarrassantes de l'obstétrique. La science est loin d'être faite sur ce point important, qui est digne de toutes les méditations des chirurgiens.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

Nombre des votants, 23.

Au premier tour de scrutin, M. Paulet obtient 13 voix;

M. Giraud-Teulon, 10 voix;

M. Bailly, 1 voix.

En conséquence, M. Paulet est élu membre titulaire.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. Depaul présente un pelvimètre construit par M. Mathieu.

Cet instrument représente à la fois un compas d'épaisseur et un compas d'écartement, en retournant les branches de l'instrument. C'est donc un pelvimètre de Baudelocque et un compas destiné à mesurer intérieurement le détroit inférieur.

M. Blot n'attache pas une grande importance à l'emploi de cet instrument.

On peut se servir de tout instrument et plus facilement encore des doigts écartés pour mesurer le détroit inférieur. Quant à ce pelvimètre, il n'a rien de nouveau.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Guyon présente un malade à qui il a pratiqué une amputation sus-malléolaire en modifiant le procédé de Laborie.

Amputation sus-malléolaire par un procédé nouveau.

Le 13 juin 1868, est entré à l'hôpital des Cliniques le nommé X..., âgé de 31 ans, homme de peine. Ce malade, couché au numéro 28, est atteint d'une carie des os du pied droit. Né de parents bien portants, il a toujours joui lui-même d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de vingt-six ans; jamais il n'a eu pendant son enfance de manifestation scrofuleuse; il porte, il est vrai, sous la mâchoire du côté gauche, des traces d'abcès ganglionnaires, mais qui ne remontent qu'à peu d'années. Il n'a jamais eu la syphilis.

Ce n'est qu'en 1863, peu de mois après avoir quitté le service militaire, que sans cause extérieure, il a vu se former à la partie supérieure et interne de l'avant-bras gauche, immédiatement au-dessous de l'articulation du coude, une petite tumeur indolore. Au bout de quatre à cinq mois elle s'abcéda, resta fistuleuse pendant un temps à peu près égal, donna issue à une portion d'os nécrosé et se cicatrisa promptement.

Deux mois à peine après la guérison de ce premier accident, vers le mois de septembre 1864, ce malade voyait se former sur la face dorsale du pied droit une bosselure analogue.

Elle survint, elle aussi, sans cause apparente, sans qu'il eût reçu de coups ou qu'il se fût fatigué plus que de coutume. Au bout de peu de mois, cette tumeur devint fistuleuse, comme la première, donna issue à une toute petite esquille et se cicatrisa. Mais le gonflement périphérique persista et de nouvelles bosselures ne tardèrent pas à se développer et à suivre la même marche.

Tous ces accidents purent se produire sans que le malade interrompit son travail. Ce n'est que le 26 janvier 1868 que, tant par le gonflement excessif du pied devenu douloureux que par l'épuisement dû à une abondante suppuration, il fut forcé de garder le repos.

Depuis ce jour, l'état local n'a cessé de s'aggraver et l'affaiblissement de faire des progrès, et le jour de son entrée, il présente l'état suivant :

Le gonflement est très-considérable : il remonte à un ou deux travers de doigt au-dessus de l'extrémité inférieure de la jambe et s'étend jusqu'aux articulations métatarso-phalangiennes.

Le coude-pied mesure 6 centimètres de plus en circonférence que celui du côté opposé. La peau est luisante, tendue et présente plusieurs traces de cicatrices sur la face dorsale et le bord externe. C'est surtout sur le bord interne que l'on voit des orifices fistuleux. Le doigt appliqué sur la peau y laisse une dépression profonde.

Les orifices fistuleux laissent écouler, en assez grande abondance, un pus séro-sanguinolent; si l'on introduit un stylet par ces orifices, on peut s'assurer que la peau est décollée tout autour d'eux et qu'ils conduisent sur des surfaces osseuses dénudées et ramollies.

La lésion semble avoir surtout pour siége les os de la deuxième rangée. On ne saurait affirmer si les os de la première rangée et en particulier le calcanéum sont malades. L'articulation tibio-tarsienne permet des mouvements assez étendus. Les mouvements de latéralité sont seuls douloureux et presque impossibles. La malléole interne est très-augmentée de volume et douloureuse à la pression. Rien d'appréciable au niveau de la malléole externe.

Le malade souffre constamment, mais ses douleurs sont accrues par les tentatives de mouvement et par la pression, surtout au niveau des orifices fistuleux. Les ganglions de la racine du membre sont engorgés.

L'état général est très-peu satisfaisant : le malade est très-amaigri et a, chaque soir, une fièvre assez vive. Le thermomètre, placé sous l'aisselle, monte jusqu'à 38°,8, et le pouls donne de 100 à 110 pulsations à la minute.

L'examen de la poitrine fait découvrir une matité assez légère dans la fosse sus-épineuse du côté droit et de la faiblesse du bruit respiratoire à ce niveau. Pas de craquements; rien du côté gauche. Le malade ne tousse pas.

Le 19 juin, M. Guyon, après avoir discuté dans une leçon clinique l'opportunité d'une opération et comparé les chances probables d'une désarticulation partielle ou totale du pied avec celles de l'amputation sus-malléolaire, adopte cette dernière opération, qu'il pratique par un nouveau procédé.

Un examen immédiat du pied avait montré que, comme on le craignait, les lésions osseuses étaient fort étendues et remontaient au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

Après une dissection plus minutieuse, dans laquelle les os furent divisés dans le sens antéro-postérieur, on put s'assurer que les os de la deuxième rangée étaient complétement cariés; le scaphoïde, entre autres, n'était plus qu'une caverne revêtue d'une mince couche de tissu osseux. Les articulations de ces os entre eux avec ceux de la

première rangée et avec les métatarsiens étaient détruites; la tête de ces derniers était elle-même malade. De plus, le calcanéum, l'astragale et l'extrémité inférieure du tibia, tout en étant le siége de lésions moins avancées, étaient très-friables, très-raréfiés, graisseux, et permettaient la pénétration facile d'un stylet dans leur tissu. Les ligaments de l'articulation tibio-tarsienne étaient distendus et ramollis; la malléole externe était saine

Quant au malade, il supporta très-bien l'opération. Il ne s'écoula qu'une très-petite quantité de sang. La réaction fébrile commença dès le soir même et fut assez intense : le thermomètre placé sous l'aisselle marquait 39°,6.

Le lendemain, 20 juin, le pansement et le lavage alcoolique furent renouvelés. On trouva la charpie qui recouvrait la plaie imbibée de sang et d'un peu de pus : la plaie était très-belle.

Aucun accident ne survint jusqu'au 23, jour où l'on enleva les sutures métalliques. Comme aux pansements précédents, la partie médiane était en très-bon état; deux points de suture avaient donné une réunion, mais les angles étaient recouverts d'un enduit grisâtre, pultacé, un peu adhérent. D'autre part, la suppuration était plus abondante et plus fluide. La fièvre n'avait pas augmenté; aucune ligature n'était tombée; le moignon était un peu douloureux. Pansement avec charpie imbibée de jus de citron sur les angles. Cataplasmes.

Le 24, la rougeur et le gonflement étaient moindres, mais l'enduit persistait encore. Même pansement.

La fièvre traumatique cessa à partir du 25. Le thermomètre ne s'éleva plus le soir au-dessus de 37°,6, et le 27, l'enduit pultacé, qui était venu enrayer la cicatrisation, avait entièrement disparu, en même temps que le moignon cessait d'être douloureux et que la suppuration prenait un meilleur aspect.

Le dernier fil à ligature tomba le 29.

En même temps que la plaie marchait vers une prompte cicatrisation, l'état général s'améliorait, l'appétit du malade était meilleur.

Le 11 juillet, le malade eut une fièvre assez intense (38° le matin, 39,4 le soir).

Pendant la journée et la nuit du 11 au 12, il souffrit beaucoup du moignon qui, le lendemain, fut trouvé rouge et chaud surtout en dehors.

Le 13, le pansement contenait une grande quantité de pus, et, malgré cela, la douleur et la fièvre continuaient.

Le 14, la fluctuation devint manifeste au niveau de la gaîne des péroniers. Une incision fut pratiquée et donna issue à du pus, et le 16, toute manifestation fébrile avait disparu.

On s'opposa, pendant quelques jours, à la réunion des angles et l'on continua le cataplasme.

Le 24 juillet, toute trace d'inflammation ayant cessé, on remplacc le cataplasme par un pansement simple à la glycérine.

Le 30, le malade peut commencer à se lever.

Le 2 août, la cicatrisation était complète, et depuis ce jour, il peut laisser son moignon sans aucun pansement.

Aujourd'hui, la cicatrice du moignon se trouve sur la face antérieure du membre, à 5 centimètres au-dessus du plan inférieur. La peau du talon, épaisse et souple, forme le point d'appui du membre; il est possible d'appuyer assez fortement sur elle sans que le malade accuse la moindre douleur.

Le lambeau n'est tiraillé dans aucun point dc son étendue; l'angle interne est très-suffisant, et il reste même à l'angle externe une quantité de peau telle, qu'elle a provoqué à ce niveau la formation d'un pli cutané assez profond.

Le membre présente un raccourcissement total de 15 centimètres, dont 4 centimètres seulement pour les parties situées au-dessus des malléoles. Il s'agit donc bien d'une amputation sus-malléolaire. Ce fait, la manière dont le lambeau est taillé, la conservation de tout le tendon d'Achille et de sa gaîne, différentient nettement ce procédé de celui proposé par Laborie. Cependant, c'est après avoir vu les très-beaux résultats obtenus par ce chirurgien et reconnu avec lui l'avantage de la suppression du lambeau antérieur que M. Guyon a été conduit au procédé dont il montre aujourd'hui le résultat à la Société de chirurgie.

Procédé opératoire. — Ce procédé a essentiellement pour but de supprimer complétement le lambeau antérieur dont M. Guyon a eu l'occasion de constater la défectuosité, de prendre à la partie postérieure du membre le plus possible de parties molles, enfin de rester cependant dans les limites de l'amputation sus-malléolaire. Pour cela, le chirurgien fait choix d'un procédé elliptique à peu près semblable à celui dont on fait usage pour le poignet.

Une incision à concavité inférieure est commencée sur la face antérieure de la jambe, à trois travers de doigt de l'extrémité de la malléole interne. Cette incision descend sur le côté interne du membre et gagne l'axe de la malléole; elle est continuée en obliquant légèrement jusqu'à la limite la plus inférieure du talon; là, elle devient

transversale, passe à la limite de la peau du talon et de la peau de la plante du pied, est conduite au côté externe des membres; elle remonte alors pour gagner obliquement le sommet de la malléole, puis la demi-courbe à concavité inférieure primitivement tracée sur la face antérieure de la jambe. Dans cette vaste ellipse se trouve circonscrit un lambeau comprenant une partie des téguments des parties latérales de la jambe et toutes celles de sa partie postérieure, y compris celles du talon, moins sa portion plantaire. Ce lambeau est disséqué en commençant par le talon, et l'opérateur prend grand soin de détacher, en le décortiquant, le tendon d'Achille de ses insertions calcanéennes; puis, après avoir coupé latéralement les tendons qui se présentent, il relève le lambeau jusqu'à la limite supérieure de l'ellipse en le détachant des os de la jambe avec une rugine. L'amputation est alors achevée en coupant par transfission les muscles de la région antérieure et en sciant les os à l'ordinaire.

Le lambeau, ainsi constitué, contient dans son épaisseur tout le tendon d'Achille, dont la gaîne n'est pas ouverte, et les tendons des muscles de la région postérieure, dont les gaînes sont intactes, jusqu'au point de section inférieure; l'artère tibiale postérieure y est également comprise dans sa gaîne; elle fut liée à l'extrémité inférieure et interne du lambeau.

Il fut très-facile de ramener le lambeau en avant et de l'adapter très-exactement; cependant M. Guyon se contenta de le fixer par trois points de suture métallique placés à son extrémité supérieure et médiane et de laisser les angles largement béants. Pour bien soutenir ce lambeau large et épais, l'attelle en liége du professeur Laugier fut très-utile; une longue et large attelle fortement matelassée de ouate fut placée à la partie postérieure du membre, dont elle dépassait le moignon de plusieurs travers de doigt.

VACANCES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Legouest annonce que la Société de chirurgie se met en vacances du 15 août au 6 octobre.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire : Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1868

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le président invite M. le docteur Paulet, nommé membre titulaire dans la séance du 12 août, à prendre place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux reçus depuis le 15 août : *Gazette hebdomadaire, Union médicale, Gazette des Hôpitaux. — Archives générales de médecine. — Bulletin de thérapeutique. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques.* — L'*Art dentaire.* — La *Gazette médicale de Strasbourg.* — L'*Union médicale de la Provence* — Le *Montpellier médical.* — Le *Sud médical.* — La *Revue médicale de Toulouse.* — Le *Journal de médecine de l'Ouest.*

— Les *Mémoires et Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon.* — Le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers.* — Le *Compte rendu de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse. — Société médicale de Reims.*

— Trois registres manuscrits rédigés par Laborie. L'un contient les *Rapports sur l'asile de Vincennes pendant les années* 1858 *à* 1865. Les deux autres sont des *Recueils d'observations* prises pendant les années 1865 et 1866.

— M. le docteur Delestre fait don à la Société de six registres manuscrits contenant les *Cours de chirurgie professés par Marjolin père pendantles années* 1814 *à* 1816.

— La *Statistique médicale de l'armée* pour l'année 1866.

— Le chirurgien général de l'armée des États-Unis adresse à la Société la circulaire n° 1, intitulée : *Report on epidemic cholera and yellow fever in the army of the United States during the year* 1867. — Washington 1868.

— Le tome premier des *Transactions of the clinical Society of London.* — 1868.

— *Six nouvelles opérations de fistules vésico-vaginales par la méthode américaine, toutes suivies de guérison,* par le professeur Courty (de Montpellier).

— *Contribution à l'étude de la cheloplastie*, par Ph. Gyoux (de Bordeaux).

— *Résultats des recherches faites à Christiania sur l'effet du virus syphilitique appliqué au corps humain*, par Joh-Heiberg, chirurgien général de l'armée norvégienne.

— *La Médecine et l'Hygiène à l'exposition du Havre*. par Aug. Durand.

— *De l'Hôpital civil d'Alger*, étude sur sa reconstruction, par les docteurs A. Gerny et Ed. Bruch.

— MM. les docteurs L. Camille Machenaud et Marc Girard adressent leurs thèses inaugurales pour le concours du prix Duval. — La première thèse est intitulée : *Étude sur la ligature de l'artère fémorale;* la seconde : *De la Kélotomie sans réduction.*

COMMUNICATION.

Rhinoplastie. — M. Mirault, d'Angers.

Large ouverture accidentelle communiquant avec l'intérieur des fosses nasales. Rhinoplastie par la méthode indienne modifiée. Restauration complète de la difformité.

Anne D..., de Marillais (Maine-et-Loire), âgée de 21 ans, portait, à la partie supérieure et moyenne du nez, une tumeur sur laquelle un empirique appliqua un caustique arsénical. A la chute de l'escharre, on vit s'établir une large communication avec l'intérieur des fosses nasales. La solution de continuité du nez mesure un peu plus que la longueur des os nasaux. En effet, elle commence immédiatement au-dessous de leur articulation avec le coronal et s'étend, en bas, jusqu'à la portion fibro-cartilagineuse de cet organe, sur laquelle elle anticipe de quelques lignes. Transversalement, elle occupe le dos et le côté droit du nez, jusqu'au bord correspondant de l'apophyse montante de l'os maxillaire. Cette perforation ovalaire, divisée inégalement en deux parties par la cloison des fosses nasales, est entourée par une cicatrice plus large en haut et en bas que sur les côtés et résulte de la destruction de tout l'os nasal droit, du bord interne du même os, du côté gauche, d'une très-petite partie du bord antérieur des cartilages triangulaires et des parties molles qui les recouvrent. Vu de profil, le nez présente, dans sa moitié supérieure, une excavation curviligne qui, par rapport au plan tangent du dos du nez, a plus de six lignes de profondeur. Cet état constitue une difformité des plus choquantes. L'amour-propre de la jeune fille en est si péniblement

affecté qu'elle n'hésite pas à se soumettre à l'opération restauratrice que je lui propose.

Deux indications se présentaient : 1° obturer l'ouverture accidentelle; 2° faire disparaître, en même temps, la différence de niveau des parties supérieure et inférieure du nez, c'est-à-dire l'excavation du dos de cet organe. A ces deux conditions seulement, on pouvait rétablir la conformation naturelle des parties. Voici comment j'y procédai, le 25 janvier 1835, avec l'assistance des docteurs Négrier et Adolphe Lachèse, professeurs à l'École de médecine d'Angers.

Je circonscrivis d'abord la perforation par deux incisions courbes qui partaient de la racine du nez et s'étendaient à peu de distance de la pointe de son lobe, où elles se réunissaient angulairement. Dans ce premier temps de l'opération, j'avais avivé les bords de l'ouverture accidentelle en emportant le tissu cicatriciel qui le couvrait et j'avais mis à nu, en partie, les cartilages triangulaires. Ensuite, je reséquai, sur la hauteur de quatre lignes, le bord antérieur de ces mêmes cartilages. Enfin, pour combler la perte de substance qui se trouvait agrandie par l'avivement de son pourtour, j'eus recours à la rhinoplastie.

D'abord, je pris, sur la partie moyenne inférieure du front, un lambeau lancéolé, c'est-à-dire de la même forme que l'ouverture accidentelle, mais de dimensions un peu plus grandes, à cause du retrait des tissus. Après l'avoir détaché du coronal, ce lambeau ne tenait plus aux téguments de la racine du nez que par un pédicule de trois lignes de largeur environ. Je le renversai de haut en bas, et le tordant sur lui-même à son point d'adhérence, je l'appliquai, par sa face cruentée, sur la perforation qui s'en trouva exactement recouverte. Quatorze points de suture entortillée réunirent leurs bords affrontés. Je terminai en réunissant entre eux, par trois autres points de suture, les bords de la plaie du front.

Quelques heures après l'opération, le lambeau frontal était froid, livide et insensible aux attouchements. Dans la journée, du sang noir suinta, assez abondamment, sur toute l'étendue des bords de la réunion. Lotions avec du vin chaud. La malade dormit bien la nuit suivante.

Le lendemain, 26, la chaleur commence à revenir dans le lambeau. Le pouls est un peu accéléré; pansement simple; régime léger.

Le 27, la sensibilité du lambeau est manifeste, il a repris sa couleur et sa température normales. La réunion des plaies du nez et du front s'est faite dans toute leur étendue. J'ôte treize épingles, savoir : onze au nez et deux au front.

Le 28, le pédicule du lambeau est un peu rouge et gonflé. En le pressant légèrement avec le bout du doigt, je fais sortir un peu de pus de dessous lui. J'enlève les quatre dernières épingles et je soutiens les bords des plaies avec des bandelettes de taffetas gommé.

Le 31, cette légère sécrétion purulente avait cessé. Le pédicule du lambeau, saillant le premier jour, par suite de la torsion qu'il a subie, s'est affaissé notablement et ne fait plus qu'une faible saillie. Compression sur ce même pédicule à l'aide des bandelettes agglutinatives.

1er février et jours suivants, les lèvres de la plaie se sont séparées à la hauteur du pédicule et dans l'étendue de quelques lignes. Ce petit accident, que j'attribue à un peu de pus qui s'est formé sous la peau, n'eut pas de suites; en effet, le 10 février, seizième jour, la cicatrisation des plaies était achevée et la restauration du nez si complète qu'on n'aurait pu soupçonner la difformité repoussante dont Anne D... avait été délivrée. Le portrait n° 2 représente la jeune fille telle qu'elle était le soixante-neuvième jour après son opération.

Cet exemple de rhinoplastie rentrerait dans les cas ordinaires et ne mériterait pas peut-être de fixer l'attention de la Société de chirurgie, s'il ne présentait pas quelque chose de particulier, qui ajoute à son intérêt : c'est la résection de la portion fibro-cartilagineuse du nez, pratiquée dans le but de rétablir le niveau qui avait cessé d'exister entre les parties supérieure et inférieure du nez. En effet, tandis que la première s'est trouvée exhaussée par l'excès d'épaisseur du lambeau frontal, la seconde a été abaissée par la perte de substance qu'on a fait subir au fibro-cartilage. C'est ainsi que l'excavation a été comblée et que le nez a pu recouvrer, non-seulement une forme régulière, mais, chose singulière, une forme plus gracieuse que dans son état naturel.

Hypertrophie diffuse de la glande mammaire. Amputation du sein.

M. Marjolin. Dans les premiers jours du mois d'avril de cette année, on m'amena une jeune fille de quinze ans et demi, de petite taille, non réglée, présentant l'aspect d'une bonne constitution, bien que son père et sa mère aient succombé à un affection de poitrine. Depuis quelque temps, les personnes qui en étaient chargées avaient cru s'apercevoir que le sein droit avait pris un développement anormal. Lorsque cette jeune personne me fut présentée, je fus frappé du volume extraordinaire que les seins, surtout le droit, avaient pris;

jamais il n'y avait eu de douleur. Il serait difficile de dire, même approximativement, quel volume avait atteint la glande mammaire, mais après un examen attentif, je pensai qu'il s'agissait de l'affection assez rare décrite par A. Cooper et Velpeau, et désignée par ce dernier auteur sous le nom d'hypertrophie diffuse de la mamelle. A cette époque, le sein droit était déjà un peu pendant sur la poitrine, les veines peu développées, la configuration du mamelon était normale; nulle part on ne sentait d'induration partielle, la consistance générale du sein était plutôt molle, la pression ne déterminait aucune douleur.

Le développement du sein avait marché très-rapidement, et d'après cela je fis part de mes craintes sur la terminaison de l'affection et j'annonçai de suite que si malgré l'influence d'un traitement interne et externe le volume du sein continuait à s'accroître, il faudrait recourir tôt ou tard à une opération.

J'avais vu la jeune fille opérée et présentée, il y a plusieurs années, par M. Manec à l'Académie, et bien que le volume actuel des deux seins de ma malade fût bien loin d'égaler celui de cette jeune fille, je pensai qu'il n'y avait pas de temps à perdre, et de suite je lui fis prendre à l'intérieur des préparations iodées, des onctions avec la pommade d'iodure de potassium furent faites sur les deux seins, et je comprimai de mon mieux tout le thorax avec une bande de flanelle.

Ce traitement, suivi avec beaucoup de soin jusqu'au mois de juin, n'amena aucun résultat, et même le volume du sein gauche commença à croître assez rapidement. Depuis, des deux côtés, et surtout à droite, le poids des seins augmentant, il se forma une sorte de pédicule à la base de la tumeur. A cette époque, un nouveau changement s'était opéré, le système veineux avait pris plus de développement et le mamelon s'était complétement effacé, on ne le distinguait que par une tache brunâtre, sans aucune dépression ni suintement d'aucune espèce. Du côté droit, la circonférence du sein, au niveau du pédicule, donnait 0,44, et la saillie totale du sein 0,26; à gauche, la circonférence du pédicule était de 0,35.

Voyant que malgré un traitement régulier il n'y avait aucune amélioration, j'engageai la malade à aller prendre des bains de mer, sans discontinuer à l'intérieur les préparations iodées et l'usage de l'eau de mer. Elle prit des bains pendant six semaines et à son retour je constatai que si le volume du sein gauche était resté stationnaire, celui du sein droit s'était considérablement accru; ainsi, la circonférence du sein droit, au niveau du pédicule, était de 0,47 et la circonférence, un peu au-dessus, c'est-à-dire à la base véritable de la glande mammaire, était de 0,53. De plus, sur deux points, la peau s'était

excoriée comme si on avait appliqué un petit vésicatoire d'un centimètre de diamètre.

J'engageai la malade à revenir promptement, car l'opération devenait de plus en plus indiquée. Quinze jours environs s'écoulèrent, et pendant cette courte période, au niveau où la peau était excoriée, une partie de la glande mammaire avait fait hernie et formait un champignon mou, douloureux, ne donnant aucun écoulement de sang ou de sanie. Je pressai la malade de se laisser opérer et l'ablation du sein fut pratiquée le 6 octobre.

Il n'y avait jamais eu d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle.

Le sein que je soumets à votre examen présente partout, même au niveau de la portion herniée et ulcérée, l'aspect d'une glande mammaire hypertrophiée.

Le poids de la tumeur était de 1 kilog. 510 gr. Depuis l'époque de l'opération, il n'est survenu aucun accident, la malade se sent soulagée de n'avoir plus à porter cette énorme et gênante difformité, la plaie a un très-bon aspect et tout semble présager une prompte guérison.

L'examen de la tumeur, fait par M. Saison, interne très-instruit et habitué aux recherches micrographiques, semble prouver qu'il s'agit dans ce cas d'une véritable hypertrophie du tissu de la glande mammaire.

LECTURE.

Fracture de l'os frontal avec enfoncement. — Trépanation.

M. Horteloup fils lit un travail sur ce sujet.

Le travail de M. Horteloup est renvoyé à une Commission composée de MM. Liégeois, Marc Sée et Lefort.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. Léon Labbé présente, au nom de M. le docteur Laforgue, un instrument que celui-ci désigne sous le nom de *pulviphore*.

Cet instrument aurait l'avantage, suivant l'auteur, de permettre aux femmes de porter des poudres médicamenteuses sur le col de l'utérus et dans le cul-de-sac utéro-vaginal, et de se panser elles-mêmes dans les cas où le chirurgien ne pourrait le faire.

M. Després fait observer que le tampon d'alun peut être appliqué par les malades elles-mêmes.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire : Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Le Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

— *De la Résorption électrique*, par M. Scoutetten.

— *Nouvelles recherches sur la constitution et le diagnostic de la pustule maligne. — De l'administration des médicaments par la muqueuse des fosses nasales. — Note sur l'efficacité de l'inhalation de poudres narcotiques par les fosses nasales, etc.*, par le docteur Raimbert, médecin des hôpitaux de Châteaudun.

— *Cenni biografici di alcuni illustri chirurghi de corrente secolo*, del Cés. Fumagalli, premier chirurgien de l'hôpital de Milan.

— *Du catarrhe utérin et de son traitement par les injections intra-utérines*, par le docteur Gantillon.

— *Fracture du calcanéum par écrasement*; *autopsie*, par le docteur Sonrier.

— *Mémoire sur la ponction du péricarde envisagée au point de vue chirurgical*, par le docteur Baizeau.

— *Rénovation des principes fondés par nos grands chirurgiens d'armées, consacrés et complétés par la découverte et l'emploi d'agents tout modernes; application avec un succès absolu et hors de toute prévision au traumatisme et surtout au traumatisme compliqué*, par M. Astic, médecin principal.

— M. Larrey offre à la Société *vingt thèses* inaugurales relatives à des sujets de chirurgie.

— M. Broca dépose sur le bureau, de la part de M. Sédillot, de Strasbourg, deux volumes intitulés : *Contributions à la chirurgie*. Cette importante publication renferme la majeure partie des recherches et mémoires isolés publiés par M. Sédillot pendant sa longue carrière scientifique. Ces mémoires sont reliés entre eux par des introductions générales.

M. le Président fait connaître à la Société que madame Laborie lui a remis l'acte de donation, en vertu duquel elle a constitué à la Société de chirurgie une rente annuelle de douze cents francs.

M. le Président est chargé d'adresser à madame Laborie les remercîments de la Société.

M. Legouest rappelle à la Société de chirurgie que dans la séance du 29 novembre 1865, à propos d'une communication de M. Alphonse Guérin, il l'a entretenue d'un procédé opératoire relatif à la cure des polypes naso-pharyngiens. M. Legouest, se fondant sur ce fait que les polypes naso-pharyngiens sont une affection de l'adolescence, proposait de leur appliquer les extirpations successives sans opération préalable.

A cette époque, M. Legouest entretint la Société d'un jeune malade qui était traité d'après ces principes. Il y a eu, le 30 août, trois ans moins un mois que ce jeune homme a été opéré pour la dernière fois et le polype n'a pas repullulé. Dans une lettre datée du 30 août, ce malade a fait connaître à M. Legouest l'état de sa santé, qui serait parfaitement satisfaisante, si ce n'était l'apparition de temps en temps de quelques petites hémorrhagies et de quelques rougeurs du côté de l'œil. Ce malade réclame une restauration du nez.

M. Dolbeau. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Legouest, mais je dois faire remarquer que l'observation qui avait été donnée par M. Legouest était incomplète.

M. Legouest. L'observation avait été complétée depuis dans le *Bulletin de la Société.*

RAPPORTS VERBAUX.

M. Giraldès fait un rapport verbal sur un travail de M. Calvet, chirurgien de l'hôpital de Castres, relatif à un procédé de trachéotomie.

En résumé, dit M. Giraldès, M. Calvet propose un procédé dans lequel on fixerait la trachée avec le doigt médius et l'indicateur, et l'on abandonnerait l'usage du dilatateur trachéal.

M. le rapporteur fait remarquer que depuis longtemps l'on a proposé de fixer la trachée entre l'index et le médius.

Quant à l'abandon du dilatateur, il ne lui paraît pas pouvoir être admis. M. le rapporteur ne voit là qu'un très-mauvais conseil qu'il faudrait bien se garder de suivre.

M. Giraldès termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Adresser des remercîments à l'auteur.

2° Déposer son manuscrit aux Archives.

M. Dolbeau. Je viens faire un rapport sur un travail adressé, il y a déjà longtemps, à la Société, par M. Chennevier, professeur de clinique et chirurgien de l'hôpital de Besançon.

Le travail de notre confrère avait été renvoyé à une Commission composée de MM. Follin, Foucher et Dolbeau; M. Follin avait été nommé rapporteur de cette Commission. Notre regretté collègue étant mort, le travail de M. Chennevier n'avait pas été l'objet d'un rapport, et aujourd'hui je viens remplir une mission qui ne m'avait pas été tout d'abord confiée.

L'observation de M. Chennevier est intitulée : *Luxation spontanée du cristallin.* Le malade était un homme âgé que ce chirurgien a pu observer pendant deux années consécutives. La luxation a eu lieu des deux côtés. Dans les deux cas, M. Chennevier a pratiqué l'extraction du cristallin; les deux fois il y a eu fonte purulente de l'œil et le malade est devenu aveugle.

Ce fait est intéressant, surtout parce que l'observateur a pu suivre les phases successives de la maladie.

L'observation est très-bien prise, seulement elle se termine par une proposition basée sur des hypothèses. M. Chennevier pense qu'il faut admettre deux catégories de luxation du cristallin : 1° la luxation de l'appareil cristallinien tout entier, capsule et cristallin; 2° la luxation du cristallin, la capsule conservant ses rapports normaux.

M. Chennevier dit avoir observé, chez son malade, une luxation du cristallin non accompagné de sa capsule. Il admet pour expliquer ce fait que la capsule peut devenir, dans certains cas, le siége d'une ulcération lisse, égale, et ne se manifestant par aucun phénomène extérieur appréciable.

Cette hypothèse demande une démonstration.

M. Dolbeau termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Publier dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* l'observation de M. Chennevier.

2° Inscrire M. Chennevier sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Observation de luxation spontanée du cristallin

Par M. Chennevier.

Baptiste O..., âgé de 60 ans, plâtrier, tempérament nerveux-sanguin, constitution robuste, dont les parents sont morts dans un âge avancé en ayant conservé la vue, n'a aucun antécédent syphilitique ni rhumatismal. Il n'a jamais fait de maladies sérieuses et n'a pas entendu dire qu'il en ait eu dans son enfance. Il a les yeux bruns, n'en

a jamais souffert et a toujours eu une excellente vue. Il ne se rappelle avoir fait aucune chute grave, ni avoir reçu aucun coup sur la tête ou sur l'œil.

Pendant le mois de juillet 1861, il a travaillé sur un toit à la campagne, à l'ardeur du soleil, puis est revenu de cette campagne, distante de 20 kilomètres, par un soleil ardent et sur une route dont la blancheur lui avait fortement impressionné les yeux. C'est à cette époque qu'il croit pouvoir faire remonter sa maladie, et, en bien cherchant, c'est la seule cause à laquelle il peut l'attribuer.

Cette maladie a consisté dans une gêne légère qu'il éprouvait de temps à autre à l'œil gauche, gêne accompagnée du passage de mouches noires devant cet œil. Il s'est peu préoccupé de ces phénomènes et a continué à exercer sa profession jusqu'au 15 janvier 1862, jour où cette gêne est devenue tout à coup continuelle et douleureuse. Il entre à l'hopital le 16.

A l'examen ordinaire, je ne trouve pas de signes objectifs dans les yeux. Ils ont le volume et la consistance normales. Il n'y a ni rougeur, ni opacité. Pas de tremblement de l'iris et les pupilles se contractent également sous l'influence de la lumière. Les milieux ont leur coloration normale. Après dilatation de la pupille, nous examinons l'œil gauche à l'ophtalmoscope. On aperçoit le fond de l'œil avec sa teinte normale, mais immédiatement derrière le segment inférieur de l'iris, à la partie inférieure de la chambre postérieure, on voit facilement un arc de cercle noirâtre que je fais examiner rapidement aux élèves, sans me rendre d'abord bien compte de ce que ce pouvait être, ma première impression tendant à considérer cette tache noirâtre comme le caillot résultant d'un épanchement sanguin. Ces examens successifs et prolongés fatiguant beaucoup son œil, je remis le diagnostic et je fis sortir O .. de la chambre obscure pour continuer sur d'autres malades. Une demi heure après environ, il nous fit appeler dans la salle, parce qu'en se baissant il avait éprouvé un bouleversement dans l'œil et qu'il n'y voyait plus. La chambre antérieure toute entière est occupée par le cristallin, et eet arc de cercle que nous venions de voir à l'ophthalmoscope, et sur la nature duquel l'éclairage oblique nous aurait probablement mieux renseigné, était le bord de la lentille abaissée et dont le passage dans la chambre antérieure, facilité par la dilatation de la pupille, s'était effectué dans un mouvement de la tête en avant et en bas. Le malade est couché, la tête renversée.

Dans la nuit du 16 au 17, le cristallin repasse dans la chambre postérieure, et comme à partir de ce moment O... ne souffre plus, il veut sortir le 23.

Il revient à la salle le 1er février, c'est-à-dire huit jours après. En se baissant, il avait éprouvé le même bouleversement, selon son expression, et il souffre encore davantage. Le cristallin est enclavé horizontalement dans l'ouverture pupillaire, laquelle représente un ovale aux extrémités de laquelle la grande et la petite circonférence se confondent. Le malade souffre beaucoup et a des vomissements; collyre au sulfate d'atropine. Le cristallin passe dans la chambre antérieure pendant la nuit, et le matin à la visite, comme les souffrances continuent, quoique moins vives, je pratique la kératotomie inférieure. Je ne peux empêcher le couteau de pénétrer dans le cristallin et je suis obligé de l'extraire fragmenté avec la curette. Les fragments sont transparents et sans traces de points opaques. Malgré un traitement énergique, il survient une inflammation vive et comme résultats : opacité de la moitié inférieure de la cornée, synéchie antérieure et perte de la vision pour cet œil.

Lors de la sortie, au mois de mars, nous examinons l'œil droit qui est tout à fait sain. Le malade eu voit très-nettement et n'en souffre en aucune façon. Nous l'engageons à venir au moindre changement qui y surviendrait.

Le 30 janvier 1863, c'est-à-dire un an après, O..., qui avait exercé sa profession dans cet intervalle, vient nous dire qu'il éprouve dans l'œil droit les mêmes symptômes qu'il avait ressentis dans le gauche, c'est-à-dire une gêne légèrement douloureuse, avec apparition de mouches noires, quand il a fatigué. Nous le faisons rester à l'hôpital pour mieux le suivre. L'examen ordinaire ne fournit aucun signe objectif. Après dilatation de la pupille, on peut distinguer à l'œil nu une ligne noirâtre d'une étendue de un à deux millimètres, située à la partie supérieure et un peu interne du bord du cristallin. A l'examen direct avec la loupe et à l'éclairage oblique, on distingue plus nettement cette ligne qui est constituée par le bord libre du cristallin détaché, non incliné, ni tremblotant. Par cet éclairage, on peut constater que le segment antérieur est normal; cornée transparente, humeur aqueuse et son enveloppe sans exsudats, iris sain et non tremblant, aucune vascularisation ni dépôt sur la capsule, les trois images peuvent être perçues. On distingue à l'ophthalmoscope le fond de l'œil qui est sain. Je regrette de n'avoir pas cherché à constater s'il y avait astigmatisme, mais comme nous nous étions assuré de l'acuité et de la netteté de la vision, je crois qu'il n'existait pas.

Nous conservons le malade jusqu'au 12 mai et nous l'examinons à trois ou quatre reprises. A chaque examen, on peut constater une légère augmentation dans le déchatonement du bord du cristallin,

déchatonement qui, à l'époque de la sortie, paraît être un peu moins du sixième de la circonférence.

Il reprend ses travaux pendant le second semestre de 1863, pendant l'année 1864 et le premier semestre de 1865. Il vient de temps en temps à la consultation, où, après dilatation de la pupille, on voit à ces examens successifs que la ligne noire, représentée par le bord du cristallin, va en augmentant, de telle sorte qu'au commencement de 1865 elle occupe plus du tiers de la circonférence et que la chute peut être regardée comme imminente, quoiqu'il n'y ait pas de ballottement appréciable du cristallin.

En effet, le 22 août, O... vient le matin à l'hôpital, racontant que la veille au soir il a ressenti une vive douleur dans l'œil et que la vision a été immédiatement troublée. Il distingue les objets volumineux, mais confusément, et les douleurs vont s'augmentant et s'irradiant autour de l'orbite. M. Vedrènes, médecin major, qui a suivi le cas de luxation spontanée du cristallin chez l'enfant de troupe présenté par M. Larrey à la Société de chirurgie, veut bien examiner le malade avec nous.

Le cristallin occupe la chambre antérieure, refoulant l'iris dont il déforme l'ouverture. A l'éclairage oblique et à l'ophthalmoscope, nous constatons la transparence des milieux. L'extraction immédiate est décidée, mais le malade refuse nettement, attribuant à cette opération la perte de son œil gauche. Je fais coucher le malade, la tête renversée, je prescris le collyre à l'atropine, l'application sur l'œil de compresse trempées dans une solution froide de belladone, afin de dilater la pupille et favoriser le passage du cristallin dans la chambre postérieure. Je recommande à l'interne de service de surveiller le malade et aussitôt le passage du cristallin de rendre l'œil à la lumière et d'introduire sous la paupière du papier à la fève de Calabar pour contracter la pupille et maintenir la lentille dans l'humeur vitrée Le passage ne se fait pas, l'œil rougit, les douleurs sont atroces. Saignées, sangsues, révulsifs, rien n'arrête l'inflammation. Le quatrième jour, le malade demande l'extraction, que nous pratiquons en désespoir de cause par la kératotomie supérieure. Ce procédé, que nous recommandons dans ce cas, nous permet une manœuvre plus facile, parce que la partie supérieure est moins remplie par la lentille, et nous obtenons le cristallin entier, sans sa capsule, un peu diminué de volume, plutôt dur que mou, d'un jaune ambré comme il est d'ordinaire à 60 ans, et tout à fait transparent. Malgré un traitement actif, la suppuration, comme il était facile de le prévoir, a vidé l'œil et maintenant le malade est aveugle.

En résumé, un homme d'une soixantaine d'années, robuste, sans antécédents morbides ni héréditaires, ayant toujours eu une excellente vue, est atteint, sans autre cause appréciable que l'exposition pendant quelques heures à la lumière solaire vive, de solution de continuité de la capsule, suivie de luxation spontanée du cristallin gauche. La luxation serait survenue sept mois après la cause présumée et sans que cet œil présentât aucun autre signe de maladie. Puis, un an après, sans cause appréciable cette fois, les mêmes phénomènes se présentent à l'œil droit. La solution de continuité spontanée, graduelle, de la partie antérieure et supérieure de la capsule peut être suivie pas à pas ; elle met plus de deux ans à détruire la moitié environ de la circonférence de la capsule, de telle sorte que le cristallin n'étant plus retenu à sa partie supérieure bascule en avant et tombe dans la chambre antérieure primitivement ou consécutivement.

Quelle est la nature des lésions qui provoquent ces luxations spontanées du cristallin ? Parmi les cas observés et dont le résumé a été donné par M. Fischer, dans les Archives de médecine, on voit que pour le plus grand nombre c'est l'appareil cristallinien entier qui s'est détaché ; et ces cas seraient encore assez communs, puisque M. Recordan, de Lausanne, m'a écrit en avoir observé déjà quatre ou cinq de cette espèce. D'autre fois c'est la capsule qui se déchire et le cristallin seul qui s'échappe.

Pour les cas de la première espèce, c'est-à-dire de luxation spontanée de tout l'appareil cristallinien, il faut que la zone soit primitivement atteinte, qu'elle se déchire préalablement et laisse la capsule sans soutien, car pour tous ceux qui ont essayé de séparer la capsule de la zone, cette opération a été reconnue impossible sans que la capsule se déchire d'abord.

Pour les cas de la seconde espèce, comme celui que je viens de rapporter, il y a solution de continuité spontanée de la capsule, puis luxation de la lentille seule. Dans notre observation, il n'y a pas eu traumatisme, l'œil a été reconnu parfaitement sain par tous les moyens d'investigation actuels. Comment expliquer cette solution de continuité spontanée de la capsule ? L'hypothèse que je crois la plus admissible consisterait à considérer cette affection comme une ulcération de la capsule, ulcération analogue aux ulcères transparents de la cornée, sans vascularisation et sans dépôts plastiques, ulcères qui, dans une membrane aussi mince, seraient suivis de perforation.

Comme conséquence, il faudrait admettre deux variétés de luxation spontanée du cristallin :

1° Luxation spontanée de l'appareil cristallinien entier.

2° Luxation spontanée du cristallin seul.

La première variété tiendrait à une lésion anatomique de la zone; la seconde à une lésion de la capsule.

COMMUNICATION.

Coxalgie avec suppuration. Résection de la hanche. Mort.

M. Verneuil. Il y a environ deux ans, un jeune homme un peu pâle, un peu lymphatique, âgé de 23 ans, vint me trouver pour être soigné d'une coxalgie à son début. Je le soumis au repos et j'immobilisai son membre d'abord à l'aide d'une gouttière, ensuite avec un appareil inamovible. Vers le milieu de l'année 1867, je le considérai à peu près comme guéri. La déviation était peu notable. Les deux membres avaient pu être placés dans une position symétrique, dans un parallélisme à peu près complet.

Quelques mois après, au commencement de l'année présente, ce jeune homme est rentré dans mon service. Il souffrait beaucoup, mais il n'y avait pas de signes de collection purulente. Lorsqu'on pressait sur le grand trochanter, sur la plante des pieds, on déterminait des douleurs très-vives; j'en conclus que les os étaient malades. J'appliquai alors un attelle en T en fil de fer et un bandage ouaté. Les douleurs furent calmées; mais bientôt après, nous dûmes renoncer à l'emploi de cet appareil et avoir recours à la gouttière Bonnet.

Dans le courant du printemps, je constatai l'existence de plusieurs collections purulentes. L'emploi de vésicatoires, de badigeonnages avec la teinture d'iode, du drainage, des injections iodées, amena une amélioration notable.

A cette époque, je constatai un racourcissement réel, accusé par l'ascension du grand trochanter, la cuisse étant toujours restée dans l'extension sur le bassin.

Le malade maigrissait et était dans un état peu satisfaisant lorsque je quittai le service, le 20 août dernier.

Un mois après, lorsque je repris le service, je trouvai le malade dans un état plus grave. Il y avait de l'œdème des membres inférieurs et les forces déclinaient d'une manière visible.

L'examen des viscères, pratiqué avec soin, fut satisfaisant. Les poumons étaient sains. Il existait une diarrhée peu prononcée.

Je résolus alors de pratiquer la résection de la partie supérieure du fémur.

La région était à ce moment très-déformée et je constatai l'existence dans la fosse iliaque d'une tuméfaction diffuse, que je rattachai à

l'existence d'un engorgement ganglionnaire ou d'un abcès dans la bourse séreuse du psoas.

Je pratiquai la résection. La cuisse étant dans la flexion et dans l'adduction, je sciai l'os avec la scie ordinaire. J'avais essayé l'emploi de la scie à chaîne, mais l'introduction de l'aiguille conductrice avait été difficile. La fin de l'opération fut rendue un peu laborieuse parce que je n'avais pas de tire-fond.

La cavité cotyloïde était malade, dénudée, remplie en partie de fongosités. La tête était subluxée. J'employai la cautérisation avec un cautère en roseau, afin de modifier les fongosités.

Pendant l'opération, je n'ai eu à lier qu'une artériole.

Je plaçai le membre dans une gouttière de Bonnet, à laquelle on avait pratiqué une fenêtre sur le côté. Je pus continuer les injections à l'aide du tube à drainage, placé en avant, qui avait été laissé en place; et je ne tentai pas de rapprocher les surfaces.

Le foyer était vaste, inégal, mais il n'existait pas de fusées s'étendant au loin entre les muscles de la cuisse.

Le soir et le lendemain de l'opération, le malade alla bien; mais le surlendemain, on constata l'existence de douleurs dans le trajet de la cuisse, et tout le membre, qui était déjà œdémateux, devint le siége d'une rougeur érythémateuse.

Le quatrième jour, le malade succomba. On n'avait pas observé de frissons.

L'autopsie démontra qu'il existait, depuis le pli de l'aine jusqu'au bas du pied, un phlegmon diffus sous-cutané qui avait été marqué par l'œdème considérable du membre.

En outre, on put voir que la tuméfaction siégeant au niveau de la fosse iliaque était due à un abcès de la bourse séreuse du psoas-iliaque.

La veine fémorale était dans un état d'intégrité parfaite; elle ne renfermait pas de caillot. Le péritoine était sain, ainsi que la plupart des viscères. Les reins étaient anémiques et le foie présentait une dégénérescence graisseuse et amyloïde très-manifeste.

J'estime que j'ai trop tardé à pratiquer cette opération. Je crois que j'aurais pu réussir si j'étais intervenu au mois d'août.

Je veux appeler l'attention de la Société sur deux points.

J'avais toujours cru que lorsque de bonne heure on mettait le membre dans une bonne situation, parallèle au membre sain, la tête du fémur ne pouvait sortir de la cavité cotyloïde. Mais il manquait des autopsies; j'ai pu constater que le raccourcissement réel que l'on

observe dans ces cas est dû à une sorte d'éculement de la partie supérieure de la cavité cotyloïde.

Quant au foie, il présentait une lésion que l'on pouvait s'attendre à rencontrer, car l'on sait que chez presque tous les sujets qui ont de longues suppurations, le foie subit la dégénérescence graisseuse ou amyloïde.

Le tissu des os était sensiblement sain à un centimètre des surfaces articulaires. Il existait de l'ostéite condensante au voisinage de la lésion.

On trouvait au fond de la cavité cotyloïde un gros bourrelet formé par des fongosités développées au niveau du paquet jaune de cette cavité. Le bord du colyte était éculé en haut, de telle sorte que la tête pouvait glisser facilement dans la fosse iliaque.

La capsule était très épaissie à la partie antérieure, et, en cas de guérison, elle aurait parfaitement maintenu les parties.

DISCUSSION.

M. Chassaignac. M. Verneuil a-t-il scié l'os avant de pratiquer la désarticulation ?

M. Verneuil. Oui, parce que je craignais d'être obligé de faire un mouvement trop violent pour faire sortir la tête fémorale.

M. Chassaignac. Le pus qui était dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse était-il concret, ou bien était-ce du pus liquide?

M. Verneuil. Il était assez liquide.

M. Boinet. Je crois que le raccourcissement du membre à la suite de la réduction, même avec le parallélisme dans la gouttière de Bonnet, s'observe toute les fois qu'il y a maladie de la cavité et abcès par congestion. J'ajoute que dans cette circonstance jamais la guérison ne s'obtient sans raccourcissement.

J'ai gardé le souvenir d'un malade que j'ai vu avec M. Verneuil, et chez lequel il existait, dans ces conditions, un raccourcissement de 7 à 8 centimètres. Chez un autre enfant, qui depuis quatre mois était placé dans la gouttière Bonnet, le parallélisme des membres était parfait, et cependant on pouvait constater un raccourcissement de plusieurs centimètres.

M. Chassaignac. A l'occasion de la manière dont M. Verneuil a procédé dans son opération, je voulais faire remarquer l'utilité du précepte que j'ai donné de faire la section de l'os avant la désarticulation. Pour saisir la portion articulaire de l'os, je me sers d'un davier à résection au lieu d'un tire-fond.

M. TRÉLAT. La question que soulève en ce moment M. Chassaignac a été discutée plusieurs fois devant la Société de chirurgie. Je considère comme mauvais en général le précepte donné par M. Chassaignac. En faisant la section de l'os avant la désarticulation, on peut la pratiquer dans un endroit mal déterminé relativement à la lésion de l'os.

M. CHASSAIGNAC. L'objection que me fait M. Trélat avait été formulée bien avant lui et particulièrement par M. Robert. Je lui répondrai que la section préalable de l'os ne force pas de limiter son action au point où l'on a fait porter la scie. On peut, s'il en est besoin, enlever une portion plus considérable de l'os; mais en tout cas, cette manière d'agir facilite singulièrement l'opération.

J'admets, comme un principe opératoire des plus importants, qu'il ne faut faire de délabrements que ce qui est indispensable. Or, si l'on pratique une incision unique aux parties molles et que l'on veuille joindre la désarticulation préalable à cette incision, on produit nécessairement des délabrements profonds très-considérables.

M. VERNEUIL. Je n'ai suivi exclusivement ni le précepte de ceux qui veulent ménager les tissus, ni celui de ceux qui les ouvrent largement. J'ai commencé par ouvrir la capsule et par détruire tous les liens possibles, puis j'ai scié l'os, et enfin j'ai enlevé le col. M. Chassaignac scie l'os avant d'ouvrir l'articulation, voilà son principe classique. On lui a objecté qu'on s'exposait à enlever les portions d'os sans connaître nettement l'état des surfaces articulaires.

M. TRÉLAT. La discussion est simplifiée par les paroles prononcées par M. Chassaignac. Du moment où il ne s'agit plus que d'un artifice de médecine opératoire qui doit simplifier l'opération, mon objection tombe.

Mais j'ajoute, qu'en principe, au point de vue de la pathologie, il vaut mieux désarticuler d'abord et sectionner ensuite.

M. CHASSAIGNAC. L'objection de M. Trélat n'a pas plus de valeur au point de vue thérapeutique qu'à celui de la médecine opératoire.

Ce qui est capital, c'est de ne pas produire de grands traumatismes, de traumatismes inutiles.

Dans le cas de M. Verneuil, ce ligament très-fort qui eût été capable de soutenir le membre eût rendu très difficile la luxation de la tête, avant la section de la diaphyse de l'os.

M. TRÉLAT. Malgré ce qu'a dit M. Chassaignac, je ne me fais pas fort de faire le diagnostic de la limite exacte de la lésion d'une tête osseuse.

Personne ne fait plus ces grandes incisions que M. Chassaignac

reproche aux chirurgiens, et l'on ne peut prétendre que l'on fait d'énormes incisions parce que l'on pratique la désarticulation avant la section. Pour la résection du coude en particulier, il y aura toujours avantage à désarticuler avant de sectionner.

M. Panas. M. Verneuil a appelé notre attention sur le raccourcissement que l'on peut observer malgré le parallélisme des deux membres.

Il peut y avoir deux causes de ce raccourcissement :

1° L'atrophie de l'os, c'est ce qui explique le cas de M. Boinet; 2° la pseudo-luxation, c'est-à-dire l'élévation de la tête du fémur dans sa propre cavité : c'est le cas de M. Verneuil, dans lequel on a vu que la cavité était agrandie.

Je crois avec Bonnet qu'en plaçant le membre dans le parallélisme, on s'oppose à la production des véritables luxations, de celle dans laquelle la tête sort à travers la capsule. Mais ce qui est alors encore possible, c'est la pseudo-luxation.

M. Chassaignac. M. Trélat nous a montré qu'il ignore complétement l'histoire des résections. A l'époque où j'ai présenté mon travail sur les résections, ces opérations se faisaient toutes par les methodes délabrantes.

Je réclame la propriété de cette idée doctrinale que pour faire les résections utilement, il faut renoncer aux méthodes anciennes et j'ajoute que je crois qu'il existe encore des chirurgiens qui tiennent à pratiquer de larges incisions pour arriver sur les surfaces osseuses.

M. Boinet. Le raccourcissement de 6 ou 7 centimètres qui existait chez l'un de nos malades, variait suivant qu'on examinait celui-ci debout ou couché. Ce raccourcissement est dû à la fois au déplacement de la tête, à l'atrophie de l'os et à la situation du membre. Le raccourcissement était moins considérable quand le malade était couché.

M. Marjolin. Le fait de M. Verneuil est très-intéressant au point de vue des résections.

Le raccourcissement avec parallélisme du membre, malgré l'emploi de l'appareil de Bonnet, se montre quelquefois. C'est surtout dans la coxite, quand les surfaces articulaires sont altérées dans leur forme, que l'on peut observer ce déplacement de la tête fémorale.

Dans ces cas, il ne faut pas trop chercher à égaliser les membres, car en trop insistant dans cette direction on pourrait, on le comprend, contrarier le travail de la nature. Dans tous les cas, les malades resteront boîteux.

L'état gras du foie est une affection organique consécutive à toutes

les lésions accompagnées de suppurations très-longues, et ne pourrait constituer une contre-indication à la résection.

M. Panas. M. Boinet avait parlé d'un raccourcissement de 7 centimètres observé chez un de ses malades, sans spécifier qu'il y avait à la fois raccourcissement réel et apparent.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeurs multiples de la face.

M. Panas. J'ai l'honneur de présenter ici une malade atteinte de tumeurs multiples de la face, à l'effet d'avoir l'opinion de ceux d'entre vous qui ont eu à observer des cas analogues à celui-ci.

Le siége, en partie ganglionnaire (sauf la tumeur de l'orbite et de la narine gauche), porte à penser qu'il s'agit d'un cas d'adénie, d'autant plus que la conservation de la santé générale, le défaut d'ulcération des tumeurs et la secrétion laiteuse de la mamelle gauche survenue chez une vieille femme, corroborent en partie cette manière de voir. Toutefois, j'hésite encore entre ce diagnostic et celui de tumeurs fibro-plastiques et c'est pourquoi j'ai cru devoir demander votre avis. Dans cette dernière hypothèse, il resterait encore à expliquer la multiplicité et la symétrie de toutes ces tumeurs, outre que le développement d'une lésion maligne débutant par les ganglions est par lui-même un fait assez exceptionnel, et comme tel méritait encore de vous être présenté.

Du reste, voici l'observation détaillée de cette malade.

La nommée Amable B..., âgée de 52 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 7 septembre, salle Saint-Charles, lit n° 12.

Cette femme, journalière de son état, dit n'avoir jamais fait de maladie, avoir eu quatre enfants et le dernier à 28 ans. La ménopause s'est montrée chez elle à l'age de 40 ans et ne s'est compliquée d'aucun accident. Cependant, la malade aurait souffert quelque temps après d'anémie avec pâleur et palpitations ayant persisté pendant un an.

Il y a à peu près deux ans et demi que la malade vit apparaître une tumeur du volume d'une noisette sur la région maxillaire gauche, à l'endroit du ganglion facial. Aujourd'hui, cette même tumeur a le volume d'une orange. La peau qui la recouvre est amincie, lui adhère intimement et offre une coloration violacée disparaissant à la pression du doigt. Dans l'épaisseur du derme, on voit des varicosités. La consistance de la masse est lardacée; celle-ci est en partie mobile sur le

maxillaire qui présente toutefois des ostéophytes à la base de la tumeur.

Du même côté, le ganglion préauriculaire est pris et offre le volume d'une petite noix.

La malade fait remonter à deux mois l'apparition de cette dernière tumeur indolente et non adhérente à la peau.

Du côté droit, on trouve le ganglion maxillo-facial pris de la même façon que celui du côté gauche et la peau présente la même adhérence et les mêmes modifications; toutefois, la consistance en est un peu plus dure.

On voit aussi du même côté un gros ganglion sous-maxillaire du volume d'un œuf, qui n'offre pas de liaison avec la peau, mais qui est adhérent profondément. Enfin, un ganglion sous-mentonier du volume d'une petite noisette existe à gauche.

La chaîne ganglionnaire post-mastoïdienne est prise des deux côtés jusqu'à la clavicule.

Dans la région sous-claviculaire et axillaire, on ne trouve pas de ganglions. Pas de ganglion épitrochléen, ni de ganglions inguinaux.

Les ganglions iliaques et mésentériques ne paraissent pas être malades.

Une tumeur de même nature que celle de la joue a envahi depuis six mois l'orbite gauche et occupe toute la paupière inférieure. Le repli semi-lunaire est complétement dédoublé; les voies lacrymales sont probablement envahies, et de là la tumeur se propage dans la fosse nasale gauche, où elle fit son apparition il y a quatre mois. Comme conséquence, on observe un certain degré d'exorbitis, une abduction avec élévation du globe oculaire, qui est porté en haut et en dehors, et de plus un élargissement de la pupille qui est moins mobile que celle du côté opposé.

Il y a diplopie verticale et horizontale à la fois. La diplopie est du reste croisée et la vue ne paraît pas considérablement affaiblie.

L'inspiration et l'expiration sont impossibles par la fosse nasale gauche qui est totalement bouchée. Le sinus maxillaire et la voûte sont exempts de toute lésion.

Il n'y a aucun changement du côté de la santé générale; rien non plus du côté du cœur et des vaisseaux. La respiration est régulière des deux côtés, ce qui indique que les ganglions bronchiques ne sont pas pris.

La rate, ainsi que le foie, sont en bon état.

Depuis sept à huit mois, la malade s'est aperçue d'un écoulement séreux, qui persiste encore aujourd'hui, par la mamelle droite. Du

reste, la glande mammaire de ce côté offre une petite augmentation de volume et de consistance.

L'analyse chimique des urines n'a fait trouver aucune trace d'albumine ni de sucre.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président annonce que M. de Graëfe, de Berlin, membre associé, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— *Blessure de la joue. Fistule consécutive du canal de Sténon. Opération d'après un nouveau procédé; guérison*, par le docteur Higguet (de Liége). Brochure in-8°.

— *Della elettro-puntura nella cura degli aneurismi dell' aorta toracica*, par le docteur Luigi Ciniselli. Brochure in-8°.

— *Monografia della arteria vertebrale*, par le docteur Agostino Barbieri (de Milan). In-4° avec planches.

— Le professeur Ciniselli (de Crémône) adresse à la Société l'importante observation qui suit :

Anévrisme de l'aorte ascendante traité par la galvano-puncture.

Antoine R..., âgé de 46 ans, de bonne constitution, n'a eu d'autre maladie qu'une arthrite avec endocardite en 1863. Guéri en apparence de cette maladie, il changea son métier de postillon en celui moins fatigant de voiturier. En 1866, il commença à éprouver des douleurs

avec pulsation dans le côté droit de la poitrine, outre une sensation pénible de lassitude et de gêne dans l'exercice de son métier. A ces symptômes, qui se prononçaient toujours plus, s'ajouta, au commencement de cette année, de la dyspnée et des lipothymies, les pulsations devinrent sensibles au toucher à travers les parois de la poitrine, qui s'élevèrent en forme de tumeur; enfin, l'insomnie, la position horizontale devenue pénible, l'intolérance au travail, ont décidé le malade à entrer dans cet hôpital major, le 24 juillet de cette année.

Le sujet étant debout, on voyait, à droite du sternum, une tumeur arrondie, élevée d'un centimètre à un centimètre et demi sur les parois de la poitrine, s'étendant à six centimètres dans le sens transversal, moins dans le vertical, dont la pulsation était visible. Elle était formée par une courbure limitée à la troisième et quatrième côtes et au troisième espace intercostal, presque doublé d'étendue.

Les deux côtes ne présentaient aucune autre altération appréciable; on apercevait à travers elles la pulsation, surtout à travers la troisième qui était plus courbée que l'autre. Au milieu de l'espace intercostal, la pulsation était assez forte. Dans la position horizontale du sujet, la tumeur était moins élevée, l'espace intercostal moins étendu et la pulsation moins forte; celle-ci était accompagnée par un bruit doux de soufflet. La pulsation était aussi profondément sensible au toucher dans le second espace intercostal, mais pas dans le quatrième. Du reste, on ne remarquait aucun autre trouble dans la circulation et dans la respiration, à l'exception de ceux qui résultaient de la compression exercée sur le poumon droit par la tumeur anévrismale, qui s'étendait bien peu au delà des limites qu'on remarquait à l'extérieur. En effet, les pulsations obscures qu'on apercevait du côté du dos, le défaut d'altération dans la voix et dans la circulation des jugulaires, devaient faire penser à un développement limité de l'anévrisme à l'intérieur.

Pour l'ensemble de ces symptômes, il a été jugé qu'on avait à faire à un anévrisme de la partie latérale de l'aorte ascendante. On se décida à le traiter par la galvano-puncture, après que j'eus donné à mes collègues l'assurance d'éviter les accidents dangereux, propres à cette opération, tels que l'inflammation phlegmoneuse et les escharres.

L'opération a été pratiquée le 30 juillet, en présence de presque tout le corps médical de l'hôpital. — Trois aiguilles d'acier luisant de l'épaisseur d'un millimètre, ont été enfoncées dans le troisième espace intercostal; la première à la distance d'un centimètre et demi

du sternum, les autres à l'extérieur et à la distance de deux centimètres l'une de l'autre; elles étaient secouées violemment par la pulsation de l'anévrisme. Le courant électrique provenait d'une pile à colonne de trente couples carrés, ayant dix centimètres de côté, animée par une solution saturée de sel marin. — C'est l'appareil par lequel on a obtenu le plus de succès et le moins d'accidents, surtout de ceux qui se rapportent à l'inflammation phlegmoneuse. — Pour éviter les escharres causées par l'action chimique du courant, qui forment l'accident le plus redoutable de la galvano-puncture, j'ai commencé l'opération en appliquant le réophore positif sur une des aiguilles et le négatif près de la tumeur, sur la peau, au moyen d'un plumasseau imbibée d'eau salée. Ensuite, j'ai transporté le réophore positif sur une autre aiguille et le négatif sur l'aiguille déjà soumise à l'action du pôle positif, et ainsi de suite; de sorte que chacune des aiguilles a été mise en communication avec les deux pôles. — L'oxydation des aiguilles par l'action du pôle positif et l'oxygénation du sang, qui se manifeste par un petit cercle noir autour de la piqûre, procure un isolement suffisant pour une durée limitée du courant; ce qu'on a cherché en vain par les couches isolantes. Cela est démontré par des observations assez connues et par des expériences et des faits cliniques rapportés dans mes *Études sur la galvano-puncture dans le traitement des anévrismes* (1856) *et sur l'action chimique de l'électricité sur les tissus vivants* (1862), et dans le *Résumé des études, Ecc. Gazette médicale* 1866. — Les changements de contact des réophores avec les aiguilles étaient combinés de manière à épargner les secousses au malade.

Jusqu'à ce point, je me suis tenu rigoureusement aux règles que l'expérience et les observations nous ont appris à suivre; mais ici une crainte, qui m'a été inspirée par les collègues présents, m'en a fait écarter. L'expérience a démontré que pour profiter de l'isolement des aiguilles, fait par l'oxydation, en employant un appareil de tension suffisante pour procurer la coagulation du sang, il faut que la durée du courant sur chacune des aiguilles ne dépasse pas cinq minutes. Il est aussi prudent, pour ne pas provoquer une réaction ultérieure trop forte, que l'opération ne soit pas prolongée au delà d'une demi heure. Or, on m'a suggéré qu'un caillot électrique pouvait se détacher et être transporté, exposant le malade aux effets de l'embolie. Cette considération m'a fait prolonger les applications sur chacune des aiguilles au delà du temps susdit, et jusqu'à dix minutes sur les deux aiguilles plus près du sternum, dans le but de procurer une adhérence lus solide entre les caillots électriques et les parois du sac anévrismal,

Cette pratique, par laquelle nous avons cru nous mettre à l'abri des accidents de l'embolie, ne manqua pas d'occasionner les cautérisations électro-chimiques au niveau des deux piqûres; mais comme elles étaient superficielles, elles n'ont pas eu de conséquences graves. L'action totale du courant a été portée jusqu'à quarante minutes. La peau qui couvrait la tumeur était rouge et tuméfiée.

L'extraction des aiguilles, faite immédiatement, a été pénible à cause de l'adhérence qu'elles avaient contractée avec les tissus traversés, par suite de leur oxydation. Malgré la précaution de déprimer la peau pendant l'extraction des aiguilles, nous n'avons pas empêché que du sang se répandit dans le tissu cellulaire. Il n'y eût pas de sortie de gaz. L'hémorrhagie de sang vermeil, peu importante, s'arrêta promptement par suite de l'application d'une compresse imbibée d'eau saturnine et d'une vessie remplie de glace. De l'eau à la glace a été donnée pour boisson.

Les sensations de brûlure qui avaient accompagné l'opération cessèrent peu après; les pulsations de la tumeur se réduisirent à l'état ordinaire, de manière que le malade rentra dans le calme.

En examinant les aiguilles et leur oxydation, on a pu reconnaître que celle qui était placée près du sternum avait pénétré à un centimètre et demi dans la cavité de l'anévrisme, ayant traversé des tissus solides de l'épaisseur de deux centimètres, ce que l'on reconnaît à la plus profonde oxydation; celle qui occupait la partie moyenne pénétra à trois centimètres et demi dans la cavité de l'anévrisme, ayant traversé des tissus de l'épaisseur d'un seul centimètre; l'aiguille enfoncée à l'extérieur pénétra à deux centimètres et demi dans le sac anévrismal, ayant traversé les tissus dans l'épaisseur de deux centimètres.

L'opération n'a pas été suivie de réaction générale; la réaction locale, caractérisée par la tuméfaction et la rougeur de la peau, se dissipa sous l'application de la glace continuée pendant les deux premiers jours et de l'eau saturnine continuée encore pour quelques jours. L'épanchement sanguin et toute réaction locale étant dissipés six jours après l'opération, on trouva la tumeur abaissée et presque au niveau des parois du thorax. La troisième côte seulement conservait la courbure acquise; la pulsation à travers elle était faible et obscure. Dans le troisième espace intercostal, elle était aussi faible et plus profonde qu'elle ne l'était auparavant; elle était aussi à peine perceptible à travers la quatrième côte. Mais ce qui nous persuadait mieux que tout que nous avions obtenu une notable amélioration de la maladie, c'est que le malade nous assurait qu'il n'éprouvait plus

aucune gêne dans la respiration et qu'il pouvait garder la position horizontale sur le dos et sur les côtés, se trouvant cependant mieux sur le côté droit. Il avait recouvré le sommeil et le bien-être, qu'il ne goûtait plus depuis deux mois.

Malgré cet état satisfaisant, on obligea le malade à garder le lit pendant trois semaines, en lui donnant de la digitale pour modérer les mouvements de la circulation, et en même temps une diète bien nourrissante à l'aide de la viande, dans le but de procurer au sang les éléments plastiques nécessaires à la formation d'un caillot capable de remplir toute la cavité du sac anévrismal.

En examinant le sujet debout, après le temps susdit, on apercevait la tumeur un peu plus élevée, la pulsation était visible et moins profonde dans le troisième espace intercostal ; le bruit de soufflet était presque comme avant l'amélioration. L'état d'amélioration se continuant, le malade, satisfait et espérant la guérison complète, quitta l'hôpital le 11 septembre, quarante-trois jours après l'opération.

26 septembre (58 jours après l'opération). — Le sujet s'étant présenté, on constata la courbure de la troisième côte abaissée et réduite presque à l'état normal ; la tumeur étant en conséquence disparue, on ne remarquait qu'une tuméfaction, sur laquelle l'œil n'apercevait plus de pulsations; celles-ci cependant étaient encore sensibles au toucher au niveau de la troisième côte et de l'espace intercostal, mais plus profondément qu'autrefois; le bruit de soufflet beaucoup plus obscur, se confondant avec le bruit vésiculaire. — Le sujet continue à mener une vie commode, en se tenant au régime nourrissant; il ne se plaint que de douleurs générales, mais plus particulièrement dans les membres, par suite de l'affection arthritique qui ne l'a jamais quitté.

4 octobre (66 jours après l'opération). — Le sujet a gagné de la force et de l'embonpoint. Examiné peu après avoir fait une promenade de trois kilomètres, il ne se plaint d'aucune sensation pénible, d'aucune gêne dans la respiration. La pulsation est encore sensible au toucher dans le troisième espace intercostal, mais plus profonde ; le bruit de soufflet a presque disparu ; le bruit vésiculaire à travers de la tumeur est plus clair. Tous ces changements font concevoir l'idée que le sac anévrismal est presque rempli de caillots, et que la pulsation ne doit pas tant être attribuée au mouvement d'expansion et de rétrécissement de l'anévrisme, qu'à l'impulsion que la tumeur doit recevoir de l'aorte, sur laquelle elle a son siége.

12 octobre (74 jours après l'opération). — Le sujet se trouvant toujours bien, ennuyé de la vie oisive, reprend l'exercice de son métier.

Tumeurs multiples de la face.

DISCUSSION.

A propos du procès-verbal :

M. Dolbeau. J'ai examiné pendant la dernière séance la malade qui a été présentée par M. Panas. Je crois qu'il s'agit là d'un cas d'adénie.

En 1865, à l'hôpital des Cliniques, j'ai observé un homme de 65 ans qui venait réclamer les soins du chirurgien pour une petite tumeur siégeant au niveau de la paupière inférieure gauche et produisant de l'épiphora. Il existait en outre plusieurs masses sous-maxillaires et jugales, dures, recouvertes par la peau saine et mobile et qui ne causaient aucune gêne.

Il y avait en outre trois petites tumeurs dans la paupière supérieure gauche, plus deux tumeurs dans les paupières du côté droit. On constait l'engorgement d'un ganglion sous-maxillaire médian et de plusieurs ganglions des régions inguinales.

Il existait une gêne très-grande de la respiration, et l'examen de la cavité buccale permettait de constater l'hypertrophie des glandes de la voûte palatine, du voile du palais et de la région de l'isthme du gosier. L'isthme était tellement obturé que quelques mois avant un médecin avait enlevé la partie la plus saillante des tumeurs siégeant dans ce point, pour permettre au malade de respirer.

Je pensai qu'il s'agissait là d'un cas d'adénie, compliqué d'une hypertrophie glandulaire multiple (glandes sudoripares des paupières, glandes palatines, buccales, etc.).

Ni la rate ni le foie n'étaient engorgés.

L'examen du sang avait été fait par M. Robin, et celui-ci avait trouvé une quantité anormale de leucocythes.

Le malade eut le choléra ; il atteignit un degré extrême d'amaigrissement. Trois semaines après le début du choléra, pendant la période de convalescence, on constata que toutes les tumeurs avaient disparu.

M. Chassaignac. Je désire citer un fait qui a la plus grande analogie avec celui que vient de nous faire connaître M. Dolbeau.

Chez un malade présentant tous les symptômes de la leucocythémie, il existait des engorgements ganglionnaires multiples. On en constatait même dans des endroits où on ne soupçonne pas habituellement leur présence, notamment dans les régions des omoplates.

M. Verneuil. J'ai aussi examiné le malade de M. Panas et je serais très-embarrassé de rattacher son affection à une maladie quelconque actuellement dénommée. Je ne crois pas qu'on puisse admettre qu'il

s'agit là d'une adénie. Il m'est impossible d'admettre l'existence de ganglions lymphatiques dans la cavité de l'orbite, au milieu des joues. Il manque des signes importants de l'adénie, l'engorgement des aines et des aisselles.

M. Dolbeau a rapproché du fait de M. Panas un fait qui est très-analogue, mais qui, selon moi, ne peut pas non plus être rapporté à l'adénie. Il nous a dit, en effet, que l'on observait non-seulement l'engorgement des ganglions, mais aussi celui des glandes sudoripares. Je ne sache pas que l'on ait jamais noté dans l'adénie l'engorgement des glandes à conduit excréteur.

Dans les trois cas d'adénie que j'ai eu occasion d'observer, les ganglions lymphatiques étaient pris partout symétriquement, mais dans aucun d'eux la peau n'était intéressée comme chez le malade de M. Panas.

M. Després. M. Verneuil a développé une partie des arguments sur lesquels j'avais voulu moi-même insister. Comme lui, je ne crois pas qu'il s'agisse d'adénie.

On parle de l'adénie, sous la foi de M. Trousseau, comme d'une maladie spéciale. Mais je ne vois pas que cette opinion soit justifiée. Pour mon compte, je connais les engorgements ganglionnaires multiples et voilà tout, et je ne pense pas qu'il faille admettre le mot vague d'adénie.

Dans les tumeurs de la malade de M. Panas, j'observe plusieurs caractères des tumeurs malignes : d'abord, l'adhérence de la peau aux tumeurs, et l'adhérence de celles-là aux parties profondes. Je serais porté à penser qu'il s'agit là de tumeurs fibro-plastiques multiples.

Autrefois M. Broca a présenté un vieillard atteint de tumeurs fibreuses multiples, dont le cas offrait quelque analogie avec celui-ci. Je rapprocherais encore de ce fait celui communiqué dernièrement à la Société médicale des hôpitaux sous le titre de *Tumeurs cancéreuses de la peau.*

M. Marc Sée. Je veux répondre aux objections de M. Verneuil. J'ai observé deux faits d'adénie, et, dans ces cas, il n'y avait d'engorgement que dans les régions où se trouvent normalement des ganglions lymphatiques. Je ne crois pas cependant pour céla qu'il ne faille pas rapporter le cas cité par M. Dolbeau à l'adénie. Il existe en effet, dans toutes les régions indiquées par M. Dolbeau comme étant le siége de tumeurs, un tissu dit cytogène, composé de cellules analogues aux cellules des ganglions lymphatiques.

Ce tissu a le même rôle que les ganglions lymphatiques, et l'on a

constaté qu'il pouvait être le siége des mêmes altérations que les ganglions lymphatiques.

M. Dolbeau. Je ferai remarquer que chez mon malade l'analyse du sang a été faite par M. Robin. Il y avait prédominance de globules blancs; on avait donc affaire à un leucémique. En outre, on observait des ganglions inguinaux très-développés et un ganglion sous-mentonnier.

M. Verneuil. Pour moi, l'adénie est une affection définie et qui n'a aucune analogie avec la scrofule.

J'accepterais volontiers l'argument conciliateur de M. Sée, qui nous fait connaître l'engorgement d'un tissu, analogue à celui des ganglions lymphatiques. Mais je ferai remarquer que chez les jeunes enfants on trouve des milliers de ganglions, et cependant on n'en observe pas sous les muqueuses.

M. Dolbeau a dit que son malade était leucémique; mais il pouvait être leucémique au même titre qu'un autre serait albuminurique. L'excès des globules blancs du sang se rencontre dans un grand nombre de maladies et ne peut servir à caractériser une maladie particulière; cet excès ne constitue qu'un symptôme. Ce malade était leucémique, comme le sont beaucoup de malades chez lesquels se développent des néoplasmes multiples.

M. Demarquay. J'ai eu occasion de voir des malades atteints d'adénie. Tous ces malades avaient un certain âge et l'on ne pouvait rapporter leur affection à la scrofule. L'une de ces malades était très-débilitée; elle mourut bientôt. Son sang fut examiné : il ne renfermait pas de globules blancs en excès. Il faut en conclure que dans ces cas la présence des globules blancs en excès n'a qu'une importance secondaire.

M. Desprès. Je suis tout à fait l'adversaire de la théorie de l'adénie. De deux choses l'une, ou c'est une maladie générale, ou c'est une maladie locale. Si c'est une maladie générale, pourquoi tous les ganglions ne deviennent-ils pas malades en même temps? Ou c'est une maladie locale, et alors ce n'est plus qu'une simple hypertrophie des ganglions.

J'ai souvenir d'une malade de M. Richard qui présentait une hypertrophie ganglionnaire multiple; celle-ci avait succédé à une ancienne adénite, qui elle-même était la conséquence d'une affection de la peau.

M. Liégeois. Si M. Desprès avait été à même d'observer certains cas de leucocythémie, il ne serait pas aussi opposé à la théorie de l'adénie. Chez ces malades, on trouve des engorgements ganglion-

naires extrêmement nombreux, et, dans le sang, on trouve les globules blancs dans la proportion de 10 à 15 p. 100, au lieu de 1 p. 100.

M. Léon Labbé. Malgré l'opinion de M. Després, il est impossible de ne pas admettre l'existence de l'adénie. On en observe certains cas tellement caractérisés que les nier serait nier l'évidence. J'ai eu, il y a quelques années, l'occasion de voir, avec M. Tardieu, l'un de mes anciens professeurs du lycée, qui était atteint de cette affection. Chez lui, toutes les glandes lymphatiques du corps étaient augmentées de volume, on pouvait les compter par centaines. Dans aucun point la peau n'était adhérente à ces glandes. Le malade s'éteignit peu à peu; il était pâle et amaigri. L'analyse du sang n'avait pas été faite.

M. Marc Sée. Les tumeurs du malade de M. Dolbeau se sont développées toutes en même temps et ont disparu toutes en même temps; donc, il est probable qu'elles s'étaient développées dans un tissu analogue et sous l'influence de la même cause. On doit remarquer que c'est une affection grave de l'intestin qui a déterminé la disparition de toutes ces tumeurs; à ce point de vue, il est intéressant de faire remarquer que l'intestin renferme en assez grande abondance un tissu analogue à celui qui constitue les ganglions lymphatiques.

M. Després. J'accepterai la théorie de l'adénie lorsqu'on me dira que chez un malade tous les ganglions étaient affectés.

Léon Labbé. J'ai précisément dit que dans le cas que j'avais observé tous les ganglions étaient augmentés de volume.

M. Panas. Chez ma malade, le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. L'analyse du sang sera faite.

La glande mammaire semble ressentir l'influence de la même cause morbide, ce qui serait difficile à expliquer s'il s'agissait de tumeurs fibro-plastiques. Il existe un écoulement muqueux par le sein.

Sauf pour ce qui est des tumeurs de l'orbite et du nez, on peut tout expliquer par l'engorgement ganglionnaire.

Ce cas assurément s'éloigne des cas d'adénie type, parce que tous les ganglions ne sont pas pris et parce que d'autres tissus glandulaires sont affectés.

Je dois dire que la malade est soumise au traitement par l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue mélangés et qu'il m'a paru que le volume des tumeurs était moindre depuis trois jours.

M. Broca. Il me semble difficile, lorsque nous voyons des tumeurs multiples dans une région comme celle-ci, de ne pas reconnaître la marche d'une maladie maligne. Je pense qu'il s'agit, dans ce cas, de tumeurs fibro-plastiques. Mais la marche de la maladie semble

renversée; les ganglions lymphatiques se seraient engorgés d'abord, puis la tumeur de l'orbite se serait montrée.

M. Panas nous dit qu'il existe en outre une tumeur de la mamelle; mais c'est là une raison à invoquer contre l'existence de l'adénie.

Voici, je pense, comment on peut interpréter l'histoire de cette malade.

On nous a dit qu'elle avait eu au niveau de la région maxillaire supérieure, près de la ligne médiane, une tumeur qui a été enlevée et à laquelle on a donné le nom d'*épulis*. Eh bien! la tumeur primitive a été enlevée et des tumeurs secondaires ont apparu au niveau des ganglions. Quoi de plus normal que cette marche? S'il n'existait pas une tumeur dans l'orbite, cette discussion n'aurait pas eu de raison d'être.

Je crois que la tumeur qui fait saillie dans l'orbite vient du sinus maxillaire et qu'elle n'est que la continuation de la tumeur qui a été enlevée.

En réponse à une allusion que M. Després a faite à l'un de mes malades, je dirai que celui-ci avait 1082 tumeurs qui n'étaient pas des fibrômes mais des lipômes avec interposition d'une certaine quantité de tissu fibreux. Il est vrai qu'au moment de la mort du malade, le tissu fibreux dominait dans les tumeurs, mais toute la partie graisseuse de celle-ci avait disparu. Ce malade était mort de faim, et il y avait eu une véritable autophagie. Mais l'on retrouvait encore des vésicules graisseuses dans toutes ces tumeurs; elles existaient aussi en plus grande abondance qu'à l'état normal dans la gaîne de la carotide, etc., etc.

M. Panas. Au point de vue de la simplicité du diagnostic, je serais très-heureux que les choses se soient passées comme vient de l'indiquer M. Broca. Il y a bien eu, il est vrai, une tumeur du maxillaire enlevée il y a vingt ans; mais depuis deux ans seulement, après dix-huit ans d'intervalle, l'affection actuelle s'est montrée.

Quant à la mamelle, elle ne présente pas d'engorgement, elle est seulement le siége d'une sécrétion anormale.

Ce ne sont pas seulement des ganglions en rapport avec le siége de la tumeur primitive, qui sont malades, mais aussi les ganglions du côté opposé, ce qui fait penser que les glanglions sont pris primitivement.

M. Chassaignac. J'avoue n'avoir jamais vu de cancer bilatéral; mais chez la malade de M. Panas, il me semble qu'il n'y a pas d'interruption entre les ganglions engorgés à droite et à gauche.

COMMUNICATION.

Ovariotomie.

M. Liégeois. — Madame T..., âgée de 54 ans, est une femme maigre, de constitution moyenne, d'un tempérament nerveux, parlant beaucoup ct avec volubilité; elle n'a point eu dans sa jeunesse d'affections sérieuses. Ses règles ont apparu à 13 ans, toujours elles se sont faites régulièrement, presque sans douleur, jusqu'à l'âge de 42 ans, époque qui correspond à leur disparition. A 27 ans, elle a eu une grossesse; ses couches, quoique ayant été un peu longues, se sont terminées sans accidents. En 1847, à la suite de douleurs très-vives dans les reins, elle rendit, lors d'une miction, une petite pierre du volume d'un haricot. Depuis lors, à des intervalles variables, cinq fois des douleurs semblables aux premières reparurent, et chaque fois ces douleurs se terminèrent après l'expulsion de un ou deux petits calculs. Ces calculs, qui m'ont été remis par la malade, étaient composés de phosphate de magnésie et d'acide urique.

Il y a 7 ans environ que je vis madame T... pour la première fois, appelé par elle pour la soulager dans une de ses crises. Explorant alors la partie inférieure de l'abdomen, je trouvai dans l'excavation pelvienne une petite tumeur grosse environ comme un œuf de poule, mobile, indolente, peu dure à la pression. Mais je n'arrêtai pas davantage mon attention sur cette tumeur, la concentrant sur l'état des orgaues urinaires. Le cathétérisme ne me fit découvrir aucun calcul. Je constatai seulement que l'urine était trouble, et que ce trouble reconnaissait pour cause la présence du pus. A quelques jours de là, j'étais appelé de nouveau; une petite pierre s'était échappée de l'urèthre; mais l'urine restait purulente, de plus la malade accusait une douleur assez vive du côté du col de la vessie et de fréquentes envies d'uriner. Elle avait, en un mot, une cystite.

Dans les six années qui suivirent cette dernière visite, je revis cette malade dans mon cabinet six ou sept fois environ : elle venait me consulter pour cette dernière affection. Chaque fois, je pus constater que la tumeur que j'avais découverte dans le petit bassin prenait de plus en plus de développement. J'avais été un an environ sans revoir cette femme. quand le 1er août de cette année, elle se présenta chez moi, me disant, dès son entrée, qu'elle venait me prier de la débarrasser de la tumeur qu'elle portait dans le ventre, en lui pratiquant l'opération de l'ovariotomie (*sic*).

J'examinai alors avec le plus grand soin cette malade, et je cons-

tatai les symptômes suivants : l'abdomen est notablement distendu; l'intervalle qui sépare l'appendice xyphoïde de l'ombilic est de 22 centimètres; celui qui sépare l'ombilic du pubis, de 22 centimètres; la circonférence du ventre, au niveau de l'ombilic, mesure 93 centimètres; la pression exercée avec la main sur tous les points de la paroi abdominale ne provoque aucune douleur, elle détermine une sorte de crépitation fixe, analogue à celle que l'on perçoit quand on froisse de la fécule. Cette crépitation est surtout bien accusée sur le milieu et sur les côtés de la paroi antérieure. Quand on cherche à délimiter la tumeur, il est facile de reconnaître qu'elle occupe la plus grande partie de la cavité abdominale; qu'en bas, elle plonge dans l'excavation pelvienne; qu'en haut, elle s'étend jusqu'à la portion moyenne de la région épigastrique. A la percussion, cette tumeur est molle dans toute son étendue; supérieurement et à droite, la matité se confond avec celle du foie. En arrière et sur les côtés de la colonne lombaire, la sonorité est des plus manifestes, ainsi qu'à la partie supérieure de l'épigastre et de l'hypocondre gauche. A la palpation, on reconnaît que la tumeur se compose de deux parties, l'une, qui comprend sa presque totalité, est fluctuante dans toute son étendue; l'autre, qui surmonte cette première partie en haut et à droite, a le volume d'une tête de fœtus environ, paraît plus longue que large, est bosselée, non fluctuante. Par le toucher vaginal, on constate que l'utérus est élevé et difficile à déplacer; il est impossible d'atteindre avec le doigt l'extrémité inférieure de la tumeur. Par le toucher rectal, on n'arrive pas non plus sur celle-ci. Enfin, le cathétérisme de la vessie fait reconnaître une sensibilité assez vive du col; l'urine qui s'échappe de la sonde est légèrement opaque.

Interrogée sur les troubles fonctionnels qu'elle éprouvait, madame T... nous affirme d'abord qu'elle n'a jamais ressenti de douleurs spontanées ou provoquées au pourtour de sa tumeur. Elle accuse seulement une certaine gêne de la respiration, la perte de l'appétit, une lenteur assez grande des digestions, une disposition extrême à la fatigue, des douleurs du côté de la vessie, des envies fréquentes d'uriner.

Après cet examen, il était de toute évidence que la tumeur que portait cette femme était un kyste ovarique. Mais à quel parti devions-nous nous arrêter? Fallait-il céder à la prière de la malade et pratiquer l'opération de l'ovariotomie ou seulement lui proposer la ponction? Il me paraissait bien certain que le kyste se trouvait dans les conditions les meilleures pour être enlevé. L'absence absolue de douleurs depuis son apparition, permettait en effet de supposer qu'il était

exempt d'adhérences. Ajoutons que le frottement péritonéal nous semblait un indice à peu près certain qu'il y avait un glissement facile entre la paroi abdominale antérieure et la tumeur. Mais, d'autre part, cette femme était âgée, condition toujours défavorable pour la réussite de l'ovariotomie; les troubles fonctionnels provoqués par la tumeur n'étaient point arrivés à un degré tel qu'on dût recourir à un moyen extrême; la ponction, qui pouvait encorc être reculée, nous paraissait, du reste, un moyen capable de prolonger l'existence de cette femme un certain nombre d'années; enfin, la malade était atteinte d'une cystite chronique, et je devais penser que c'était là une complication d'une certaine gravité pour le succès de l'ovariotomie. Mon premier sentiment fut donc que je devais refuser à madame T... l'opération qu'elle réclamait de moi. Mais, après que je lui eus expliqué les motifs de cette détermination, celle-ci m'adressa les supplications les plus vives pour ne pas la laisser dans l'état où elle se trouvait; elle savait bien, disait-elle, qu'elle ne pouvait pas vivre longtemps dans cette position, elle savait que la ponction ne la guérirait pas de ses souffrances, elle ne voulait point supporter plus longtemps une existence qui lui était à charge, etc. En vain, je cherchais à la convaincre que ses souffrances étaient moins dues à la présence de sa tumeur qu'à l'état de ses voies urinaires. Mes paroles furent vaines ; ses instances ne devinreut que plus pressantes.

J'avoue alors qu'une telle ténacité et un tel courage ébranlèrent ma détermination. Toutefois, je ne voulus rien promettre sans avoir l'assentiment d'un confrère.

A quelques jours de là, M. le professeur Gosselin avait la bonté de vouloir bien examiner cette malade. Comme moi, il éloigna d'abord toute idée d'opération; mais cédant aussi au vif désir que cette femme avait d'être débarrassée de sa tumeur, il décida la question affirmativement.

Nous convînmes alors avec la malade que l'opération serait faite non à Paris, mais à Étain (Meuse), et qu'elle passerait dans cette localité une quinzaine de jours avant d'être opérée.

A son arrivée le 5 août, madame T... est prise de maux de reins violents qui lui font soupçonner la présence de nouveaux calculs; mais dans la crainte que ce ne soit là pour moi une contre-indication à l'opération, elle m'en parle à peine.

L'opération fut pratiquée le 22 août, en présence des docteurs Parisot, Japin et Bachelier (d'Étain), Douan (de Dompierre), Lecouvreux (de Saint-Hilaire), Decroc (de Chatillon), Michaux et Marchal (de Metz). La malade fut profondément endormie, après quoi, j'in-

cisai, couche par couche, la paroi abdominale au niveau de la ligne blanche, depuis l'ombilic jusqu'à 10 centimètres au-dessus.

Cette incision ne donna lieu à aucune hémorrhagie. Dès que le péritoine fut ouvert, une petite quantité de sérosité transparente s'échappa par la plaie et le kyste apparut immédiatement avec un aspect lisse et gris-bleuâtre. La section de la paroi abdominale étant complète, j'introduisis ma main entre cette paroi et le kyste, dans le but de m'assurer s'il existait des adhérences. Ma main parcourut facilement toute la surface de la tumeur, sans être arrêtée par aucun obstacle. Je constatai en même temps que le kyste était uniformément mou dans toute son étendue, excepté à la partie supérieure et droite, où il me sembla plus dur et bosselé. La main retirée, deux aides, placés l'un à droite, l'autre à gauche de la malade, comprimèrent exactement la paroi abdominale, sur tout le pourtour de l'incision, en ayant soin d'entrebailler celle-ci autant que possible et de favoriser ainsi, en quelque sorte, la hernie d'une portion du kyste. Le trois-quart fut alors plongé dans la tumeur. Celui dont nous nous servîmes est celui de MM. Robert et Colin. On sait que le perfectionnement principal apporté par ces messieurs à cet instrument consiste dans la présence en dehors de la canule de lames tranchantes disposées en spirale et que l'on fait pénétrer par un mouvement de rotation dans l'intérieur du kyste, et dans la présence d'un disque mobile à bord mousse placé au-dessus de la spirale, disque que l'on peut rapprocher à volonté des dernières lames de celle-ci, de telle façon que la paroi du kyste se trouve ainsi tout autour de la plaie faite par le trois-quart, serrée exactement entre deux rondelles métalliques. Le liquide dès lors ne peut plus s'écouler au dehors, en passant entre la canule et les bords de la plaie. Le trois-quart étant fixé et la malade étant placée dans le décubitus latéral, la pointe est retirée de la canule et il s'échappe de celle-ci un liquide légèrement visqueux, opaque, brun-jaunâtre et peu odorant. Au fur et à mesure que le liquide s'écoule, une légère traction est exercée sur le kyste par l'intermédiaire du trois-quart, en même temps que deux aides compriment uniformément et progressivement la paroi abdominale, si bien que la tumeur vient à moi insensiblement, jusqu'à l'instant où le pédicule lui-même se présente à l'extérieur.

Le clamp de M. Mathieu (chaîne d'un écraseur linéaire) est aussitôt placé sur le pédicule, qui possède une épaisseur notable, et celui-ci est coupé au delà du lien constricteur. Je m'assurai alors, après avoir eu soin de laver ma main dans l'eau chaude et préalablement distillée, si les organes génitaux internes ne présentaient pas quelque altération à laquelle on dût s'adresser. L'ovaire gauche, la trompe du

même côté, l'utérus, me parurent complétement sains. Le cul-de-sac utéro-rectal contenait à peine deux cuillerées de sérosité, que deux coups d'éponge enlevèrent facilement. Pendant cette exploration, j'avais eu soin de faire retenir exactement l'intestin dans la partie supérieure de l'abdomen, par une pression antéro-postérieure exercée sur la partie moyenne de la paroi, au niveau de l'extrémité supérieure de l'incision.

Je me hâtai alors de fermer la plaie. Je fixai d'abord le pédicule à la partie inférieure de celle-ci, à l'aide d'une longue aiguille terminée en fer de lance à une de ses extrémités; cette aiguille traversait en même temps que le pédicule la paroi abdominale des deux côtés de l'incision, et à 1 centimètre environ des bords. Quelques anses de fils furent jetées autour de l'aiguille et sous le clamp, comme dans la suture entortillée. Puis, je plaçai cinq sutures métalliques profondes, qui traversaient le péritoine à 1 centimètre des bords. Les deux sutures les plus inférieures furent disposées de telle façon qu'elles entouraient à elles deux presque toute la circonférence du pédicule; trois sutures métalliques superficielles, n'embrassant que les lèvres de l'incision, furent placées entre les sutures profondes, aucun pansement n'est fait à la plaie.

La malade, que l'on avait laissé se réveiller lors de l'application des dernières sutures, est alors enveloppée de flanelle; puis elle est transportée dans son lit et entourée de cruchons d'eau chaude, quoique cependant sa température ne paraisse pas avoir subi grande modification.

Douze minutes s'étaient écoulées à partir de l'instant où l'incision de la paroi abdominale avait été faite jusqu'à celui où le pédicule avait été sectionné. Le temps de mettre les ligatures demanda treize minutes. L'opération avait duré en tout vingt-cinq minutes.

Deux pilules d'extrait thébaïque de 1 centigramme chacune lui sont prescrites, à prendre à six heures d'intervalle, et comme boisson une infusion de tilleul et de fleurs d'oranger. Le soir, la malade ne se plaint d'aucun malaise, le pouls est à 90, la température est bonne. Dans la journée, l'urine a été évacuée quatre fois avec la sonde.

23 août. La malade a dormi une partie de la nuit. Vers cinq heures du matin, elle a été prise d'envies d'uriner, qui se sont renouvelées une dizaine de fois, à une heure d'intervalle. Elle a satisfait cette envie cinq ou six fois sans l'aide du cathétérisme, en faisant placer sous elle une assiette creuse. Chaque fois, elle rendait seulement une petite quantité d'urine. Dans la suite, du reste, le besoin d'uriner revenant fréquemment, la cathétérisme n'a plus été pratiqué.

Le matin, elle s'étonne beaucoup de ne ressentir dans le ventre aucune douleur ; le pouls est resté à 90. L'état général est des meilleurs.

Prescription : Quelques cuillerées de bouillon; pour la nuit, deux pilules d'extrait thébaïque de 1 centigramme chaque.

24 août. La malade a peu dormi; ses envies d'uriner la réveillant à chaque instant; elle a souffert, de plus, assez fortement du côté de la vessie. Elle a uriné, tant dans la nuit que dans le jour, quinze fois, ne pouvant se retenir. Le pouls est à 80; le ventre n'est point douloureux; le facies est excellent. La malade est très-gaie.

La portion du pédicule compris dans le clamp est gangrénée ; celui-ci est enlevé. La surface gangrénée est touchée avec du perchlorure de fer. Une compresse d'eau est mise sur la plaie et renouvelée chaque deux heures. Dans le jour, bouillon, eau rougie; pour la nuit, deux pilules d'opium de 1 centigramme.

25 août. La nuit s'est bien passée; les douleurs de la vessie ont été moins fortes que celles de la nuit précédente. L'urine de la veille recueillie dans un verre laisse déposer une couche épaisse de pus. Pendant le jour, des douleurs de reins très-violentes se font ressentir; ces douleurs sont presque continues, avec exacerbation de temps à autre. La malade ne s'en effraye nullement; elle m'avertit qu'elles ressemblent exactement à celles qu'elle a eues autrefois, quand une pierre était prête à s'échapper. La pression faite avec la main, sur la paroi abdominale, ne détermine, du reste, aucune souffrance. Les trois sutures superficielles sont enlevées. L'opérée ne prend que quelques cuillerées de vin sucré; le soir, je lui prescris une pilule de 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

26 août. Les douleurs de reins ont persisté pendant la nuit, moins vives cependant, mais assez pour causer une insomnie à peu près complète. Le ventre reste souple, non balloné, indolore. Le facies est un peu altéré, résultat de la perte de sommeil et des douleurs qu'elle a éprouvées.

Dans la journée, potage au vermicelle, vin. Le soir, deux pilules d'opium de 5 centigrammes.

Le 27 août, la nuit a été bonne; les douleurs rénales ont cessé. Les cinq sutures profondes sont coupées, mais non enlevées. Les fils qui fixent la longue aiguille sont détachés et grand est notre étonnement de trouver alors cette aiguille à nu, au-devant de la surface interne du pédicule, enfoncée d'un centimètre au moins.

La réunion immédiate s'est effectuée dans toute l'étendue de la plaie. L'extrémité interne du pédicule présente seule une surface à vif, que l'on recouvre d'une compresse d'eau froide.

29 et 30 août. Journées et nuits bonnes. La malade est alimentée de plus en plus. Le pédicule est enfoncé plus profondément que la veille; les fils métalliques des sutures profondes, coupés et laissés en place le 27 sont retirés de la paroi abdominale le 30.

Le 30 août, douleurs de reins bien vives pendant la nuit. L'urine est fortement chargée de pus. La veille, la malade, qui n'avait point eu encore, depuis l'opération, aucune garde-robe, avait pris deux verres de limonade de Rogé.

Elle a, dans la journée, trois selles assez abondantes.

Le pédicule est enfoncé d'un centimètre et demi. Un petit morceau d'éponge sèche est placé dans l'espèce d'infundibulum qui résulte de la rétraction de celui-ci et est changée toutes les deux heures.

1er septembre. Douleurs vives en urinant, cuisson dans toute l'étendue de l'urèthre. La surface extérieure du pédicule n'est plus visible; elle est masquée par la peau qui entoure les bords de l'excavation et qui s'est rapprochée du centre.

Le malade se lève deux heures et se promène dans sa chambre quelques minutes, malgré ma défense.

A partir de cette époque, chaque jour madame T... est restée levée et a marché un temps de plus en plus long.

Le 10 septembre, elle faisait une promenade assez grande sans qu'il en résultât le moindre inconvénient. La surface extérieure du pedicule se cicatrisa bientôt. Enfin, les forces de la malade qui avaient un peu diminué sous l'influence du repos au lit et de la diète, n'ont pas tardé à revenir. Seulement ses douleurs de reins ne l'ont presque pas quittée jusqu'au 6 octobre, époque où elle rendit trois calculs, moins gros qu'une lentille et composés d'acide urique. Mais sa cystite a persisté, et actuellement madame T..., de retour à Paris depuis trois semaines environ est en traitement pour cette affection.

Examen anatomique du kyste. — Après l'opération, la tumeur vidée de la plus grande partie de son contenu, se présentait avec un aspect gris-bleuâtre. De nombreuses veines rampaient à la surface, les plus volumineuses avaient le volume d'une forte plume d'oie. La tumeur se compose de deux parties principales : l'une celle qui a été ponctionnée est formée par une poche très-spacieuse, à parois épaisses, assez résistantes. Sa surface externe est longée à droite et sur le côté (en supposant la tumeur en place dans l'abdomen), par un long cordon qui n'est autre que la trompe droite de la matrice, laquelle ayant suivi le kyste dans son développement a acquis une longueur considérable. La trompe est reliée au kyste par un repli séreux, et le pavillon dont les franges sont encore très-manifestes, est maintenu en

rapport avec lui par une sorte de ligament qui représente évidemment le ligament tubo-ovarien.

L'extrémité externe de la trompe qui a été coupée par le clamp, correspond à une portion du kyste, moins lisse que les autres, bordée de lambeaux membraniformes, lesquels sont les vestiges des liens séreux qui reliaient la tumeur aux ligaments larges. En dedans du point où le pavillon est fixé à la poche, on aperçoit une sorte de plaque de l'étendue d'une pièce de cinq francs environ, se confondant insensiblement avec les parties voisines et composée de mamelons aplatis séparés les uns des autres par des dépressions assez distinctes, disposition qui reproduit jusqu'à un certain point la surface extérieure de l'ovaire chez une femme d'un certain âge.

Sur la face antérieure du kyste, on remarque une série de petites saillies, dures, manifestement fibreuses, ayant un volume qui varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un grain de chenevis.

C'est à la présence de ces saillies qu'était évidemment due la sensation de crépitation observée chez notre malade avant l'opération, dans la partie extérieure de l'abdomen, car elles seules rendaient irrégulière la face extérieure du kyste; on ne trouvait nulle part trace de fausses membranes.

La face interne du kyste est complétement lisse dans certains endroits; dans d'autres, elle présente un aspect papilliforme; de plus, elle est surmontée çà et là de petits kystes multiloculaires du volume d'une noisette à celui d'une noix. Ces kystes sont au nombre d'une dizaine.

L'autre partie de la tumeur se présente sous forme d'une poche liquide qui surmonte la première. Sa paroi est relativement mince par rapport à la paroi de celle-ci; elle est divisée à l'intérieur par des cloisons incomplètes, et contient, dans l'épaisseur de son enveloppe périphérique, d'autres kystes au nombre de dix à quinze, qui font saillie autant au dehors qu'en dedans, ce qui lui donne un aspect bosselé dans toute son étendue.

La cloison qui sépare cette seconde poche de la première, contient dans son intérieur, une masse fibreuse du volume d'une amande, et creusée d'un nombre considérable de vacuoles.

Le liquide de la grande poche était, comme nous l'avons vu, brun-jaunâtre, d'une viscosité moyenne. Ce liquide contenu dans la partie centrale de la petite poche, était transparent, avait la viscosité de l'albumine; enfin, le liquide contenu dans les petits kystes des parois était transparent et avait la consistance d'une solution de gomme concentrée.

Le poids total du kyste et de son contenu était de vingt livres.

Réflexions. — Dans cette observation, deux points me paraissent tout d'abord dignes d'attention : l'un relatif à la cause du bruit de frottement perçu sur toute l'étendue de la paroi abdominale, quand on palpait celle-ci ; l'autre relatif à la fixation du pédicule.

Un certain nombre d'auteurs pensent que cette sorte de crépitation obtenue par la main qui comprime l'abdomen est un signe d'adhérences existant entre le kyste et la paroi du ventre. J'ai dit dans le courant de l'observation qu'au contraire elle me paraissait un signe d'absence d'adhérences; et, en effet, si celles-ci existaient, la paroi ne pourrait point glisser sur le kyste, quand on cherche à la mouvoir : dès lors, tout bruit de frottement deviendrait impossible. Comme je l'avais prévu, la tumeur était libre; mais elle était hérissée dans toute sa partie antérieure de saillies dures, fibreuses. Il est bien évident que c'était le glissement de la paroi abdominale contre ces saillies qui était la cause du bruit en question.

Pour ce qui concerne la fixation du pédicule, j'ai pris, comme on a pu le voir, les plus grandes précautions. Le clamp étant placé, j'ai transpercé la paroi et le pédicule par une longue aiguille, qui fut maintenue en place par des anses de fils disposées en huit de chiffres, après quoi, j'ai disposé mes sutures profondes de façon à ce qu'elles comprimassent circulairement le pédicule avec une certaine force.

Toutes ces précautions, dont quelques-unes peuvent paraître superflues, ne sont cependant pas à regretter; car, malgré ces moyens, le pédicule s'est rétracté avec une telle force, qu'il s'est coupé sur la tige de l'aiguille, en s'enfonçant à plus d'un centimètre. Or, mon clamp ayant dû être enlevé au commencement du troisième jour, parce qu'il avait gangréné les parties qu'il étreignait, je me demande ce qui serait advenu si je n'avais pas cherché à contrebalancer par des moyens multiples les effets de cette rétraction. La disposition de mes sutures profondes a sans doute eu sous ce rapport une certaine influence, car formant chacune un demi-cercle tout autour du pédicule, elles devaient tendre à devenir rectilignes quand on tordait leur bout libre, et devaient, par conséquent, embrasser étroitement la circonférence du pédicule.

Mais l'observation que je viens de rapporter me paraît surtout intéressante, en ce qu'elle montre jusqu'à quel point l'ovariotomie peut être innocente, malgré certaines conditions, en apparence des plus défavorables. Madame T... avait 54 ans; or, d'après la statistique de M. Kœberlé, au-dessus de 50 ans, la mortalité est très-considérable : cinq morts sur sept opérés. Ce résultat avait donc tout lieu de

m'effrayer, aussi était-il une des raisons principales pour refuser à ma malade l'opération qu'elle demandait si ardemment. Outre cette circonstance défavorable, il en existait une autre qui n'était pas plus rassurante. Depuis six ans, elle rendait par l'urèthre une certaine quantité de pus, avait de fréquentes envies d'uriner, éprouvait des douleurs plus ou moins vives du côté du col de la vessie; ces symptômes qui, bien certainement, devaient être rapportés à une cystite chronique, ne firent que croître après l'opération. De plus, le hasard voulut que cette femme fût prise pour la sixième fois de coliques néphrétiques peu de temps avant l'opération, coliques qui durèrent pendant tout le temps de sa guérison, et au delà, jusqu'à ce qu'elle eût rendu les calculs qui les provoquaient.

Assurément ces accidents du côté des voies urinaires étaient une complication fâcheuse, bien propre à m'inspirer de vives craintes, surtout quand je vis cette femme se trouver dans la nécessité de contracter vingt fois par jour sa paroi abdominale, avec effort même, pour essayer de rendre quelques gouttes d'urine.

Malgré ces conditions défavorables, les suites de l'opération ont été des plus heureuses; cette femme n'a pas éprouvé la moindre modification dans sa température, dans l'état de sa circulation; son pouls, exploré plusieurs fois par jour, n'a jamais oscillé au delà ni en deçà de 80 à 90 pulsations; fait remarquable, elle n'a pas éprouvé la plus petite douleur qui fût imputable à l'opération. Je me suis quelquefois piqué, disait-elle sept à huit jours après l'opération, je ressentais alors la piqûre, on m'a ouvert le ventre et je n'en ai pas conscience. La plaie s'est réunie par première intention, sans qu'aucun pansement ait été fait au début : une compresse d'eau froide ayant été mise sur la plaie seulement au troisième jour. Enfin cette femme a pu se lever et se promener dans sa chambre, dix jours seulement après l'opération.

Sans aucun doute, cet heureux et rare résultat doit être attribué en premier lieu à l'absence de complications inhérentes à l'opération. Nous avions à faire, en effet, à un kyste dont le volume en réalité n'était pas très-considérable, et qui n'avait encore, par sa présence, compromis d'une façon notable aucune fonction, à un kyste exempt de toute adhérence. L'ouverture faite à la paroi abdominale ne fut que peu étendue (10 centimètres). La malade ne perdit pas certes 10 grammes de sang; pas un atôme du liquide visqueux du kyste ne pénétra dans la cavité péritonéale; la tumeur put être retirée hors de l'abdomen par une simple traction exercée avec le trois-quart, sans qu'il fût nécessaire d'introduire dans son intérieur ni la main, ni aucun instru-

ment; il n'y a eu aucune toilette du péritoine à faire. L'intestin n'a pas subi un seul instant le contact de l'air. Enfin, l'opération n'a duré que vingt-deux minutes. L'on ne peut évidemment se trouver dans de meilleures conditions pour la réussite de l'ovariotomie.

Il est une autre condition dont nous devons tenir aussi grand compte, c'est celle du milieu dans lequel la malade a été opérée. Malgré quelques succès obtenus à Paris, je n'ai pas cru devoir tenter cette opération là où les revers sont si nombreux. Aussi, j'ai engagé ma malade à se rendre dans une petite ville de Lorraine, où chaque année, à l'époque des vacances, je pratique un certain nombre d'opérations. Les résultats que j'ai obtenus dans cette localité depuis dix ans, pendant un mois environ que j'y passe, ont été pour moi, je dois le dire, un puissant encouragement pour oser entreprendre cette opération

Si j'en parle ici, c'est uniquement afin qu'ils me servent d'excuse aux yeux de ceux qui m'accuseraient de hardiesse ou de témérité dans la circonstance présente. J'estime à une centaine le nombre des opérations pratiquées dans ma petite ville. Parmi ces opérations, je compte l'ablation d'un kyste prolifère de la face, deux staphyloraphies, deux cataractes, trois ablations de lipômes énormes, quatre amputations du sein pour une tumeur adénoïde et pour trois cancers; une uréthrotomie, une castration pour un sarcocèle cancéreux, une amputation de cuisse pour une tumeur blanche fongueuse du genou, une amputation d'avant-bras pour un cas de traumatisme, l'extirpation d'une tumeur fibreuse de la main, d'une tumeur épithéliale du mollet, d'une tumeur épithéliale des lèvres avec cheiloplastie, la guérison de deux tumeurs érectiles sur un même enfant de trois mois: l'une traitée par le perchlorure de fer et l'autre par la vaccination; une opération de fistule à l'anus avec vastes décollements.

En tout, sur une centaine d'opérations, vingt-quatre au moins qui, dans les hôpitaux de Paris, peuvent être suivies de mort ou d'accidents sérieux. Or, dans ces vingt-quatre cas, à plus forte raison dans les autres, tels que opérations d'hydrocèle, ablations de loupes, réductions de luxations récentes ou anciennes, etc., presque toujours innocentes en tout lieu, non-seulement, je n'ai pas eu une seule mort à déplorer, mais à peine si je compte deux accidents légers, une pharyngite à la suite d'une staphyloraphie, un érysipèle peu intense à la suite d'une résection de la mâchoire inférieure.

On comprendra donc qu'en face de ces résultats, il m'était permis d'espérer que l'influence du milieu salubre dans lequel ma malade devait être opérée, contrebalancerait avantageusement les conditions organiques, défavorables, que celle-ci présentait.

PRÉSENTATION D'APPAREILS PROTHÉTIQUES.

M. Tillaux présente à la Société des appareils prothétiques pour le membre supérieur au nom de M. Gripouillot, médecin à Montlouis (Indre-et-Loire), et fait à ce sujet la communication suivante :

Les appareils prothétiques du membre supérieur sont destinés à remplir deux buts bien différents. Il s'agit tantôt, en effet, de permettre à l'amputé de saisir des objets ne pesant pas plus de 1 à 2 kilogrammes au maximum; on peut appeler ces appareils *appareils de préhension*. Un immense progrès a été, suivant moi, réalisé sous ce rapport par M. de Beaufort, dont vous connaissez tous l'ingénieux bras artificiel. Le système d'opposition du pouce avec les autres doigts est de nature à permettre la préhension des objets les plus délicats. Mais s'il s'agit de soulever un lourd fardeau, de manœuvrer un instrument aratoire, d'autres appareils sont nécessaires, ce sont les *appareils de force*. Ce sont des appareils de ce genre que je vous présente au nom de M. Gripouillot. — Est-ce à dire que l'idée soit neuve, que le principe appliqué soit nouveau? Non, messieurs; depuis bien longtemps on emploie le crochet et la douille adaptés au bout du brassard, et vous pouvez vérifier sur des appareils que j'ai pris au hasard dans la maison Robert et Colin la vérité de cette assertion. Toutefois les appareils de M. Gripouillot diffèrent sur certains points de ceux qu'on a fabriqués avant lui. Ils ont d'abord le mérite de coûter un prix moins élevé.

Un autre avantage, et c'est le principal à mon avis, consiste dans le mode d'adaptation du crochet au brassard. Dans les appareils ordinaires, ce crochet se visse, et par conséquent reste immobile dans sa position, là au contraire, par un mécanisme des plus simples, le crochet peut être mobilisé et fixé dans quelque position que désire le travailleur.

De plus, M. Gripouillot a eu l'heureuse idée de réunir en une seule pièce le crochet double et la douille.

M. Gripouillot a essayé nombre de fois ses appareils sur des amputés du bras ou de l'avant-bras et n'a eu qu'à s'en louer. Vous voyez sur une série de photographies que l'auteur a jointes à son envoi les différentes positions du travailleur.

En résumé, messieurs, je considère que M. Gripouillot a accompli un progrès important dans les appareils prothétiques, dits *de force*, du membre supérieur.

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES.

Hydatides rendus par l'urèthre, venant du rein gauche.

M. Demarquay présente une grande quantité d'hydatides rendus par un homme de 29 ans. Cet homme raconte qu'il y a deux ans, à la suite de douleurs assez vives dans la région rénale gauche, il a rendu un certain nombre d'hydatides. L'année dernière, il dit qu'après avoir souffert pendant un mois dans la même région, il rendit encore un certain nombre d'hydatides. Cette année, à la même époque, il devint très-souffrant, sa santé s'altéra profondément, et, après trois mois de souffrance, il a encore rendu, à plusieurs reprises, une grande quantité d'hydatides. La vessie s'est enflammée et les urines actuellement contiennent une certaine quantité de pus. Maintenant cet homme, dit M. Demarquay, est aussi bien que possible, quoique amaigri; il conserve encore dans la région du rein gauche un point douloureux. Il est important de suivre ce malade. Les hydatides, dit M. Demarquay, ont été observés par plusieurs chirurgiens; on en trouve des observations dans Chopart, dans Roger. M. Davaine a résumé ces observations dans son ouvrage sur les entozoaires.

Tumeur adénoïde du sein.

M. Léon Lefort montre à la Société une tumeur du sein enlevée par lui il y a quelques jours à une femme de 39 ans. La tumeur avait débuté quatre années auparavant et avait pris surtout du développement depuis deux ans. Son ablation ne présenta pas de notables difficultés. Son poids est de 2 kilogrammes 870 grammes. La tumeur ouverte par le centre se montre divisée en plusieurs lobes, au milieu desquels se remarquent des kystes de volume divers. L'examen microscopique vérifie le diagnostic porté; on découvre des culs-de-sac glandulaires notablement hypertrophiés, mais aucun des éléments que l'on rencontre dans les tumeurs de mauvaise nature.

M. Demarquay. J'ai enlevé autrefois une tumeur à peu près aussi volumineuse que celle-là. L'observation a été publiée dans la *Gazette médicale*.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

— *Rendiconto della clinica chirurgica di Napoli*, par le professeur Carlo Galozzi.

— *Observations pour servir à l'histoire des corps étrangers des voies aériennes*, par M. Bourdillat, interne des hôpitaux.

— M. Giraldès offre à la Société le *quatrième fascicule de ses leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*. La Société remercie l'auteur.

— M. Ladureau adresse un travail intitulé :

Quelques mots sur l'hygroma prérotulien et ses rapports avec d'autres lésions traumatiques du genou.

Hématocèle prérotulienne avec écrasement de la partie inférieure de la rotule, simulant un hygroma.

Fracture transversale de la rotule avec plaie pénétrante de l'articulation, mettant complétement à découvert les surfaces articulaires. Amputation de la cuisse. Guérison.

Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Labbé, rapporteur des précédents envois de M. Ladureau.

— M. Sirus-Pirondi, de Marseille, adresse à la Société l'observation d'un *kyste multiloculaire du sein.*

COMMUNICATION.

M. VON GRAEFE, membre associé étranger, soumet à la Société :

1° Un dessin qui représente une irrégularité congéniale du cristallin, si l'on veut, une espèce de coloboma. Il n'y a pas de luxation du cristallin, qui d'ailleurs est parfaitement transparent, mais il s'agit exclusivement d'une échancrure au bord inférieur, laquelle donne à la lentille une forme semblable à un rein.

2° Un dessin qui représente le cas fort exceptionnel, où, après une

blessure de la cornée, un cil dégagé du bord palpébral s'est enfoncé dans le parenchyme de la cornée et a été retenu dans la profondeur de la membrane, tout couvert d'un épithélium et d'une couche cornéenne de nouvelle formation.

3° Un dessin qui se rapporte à une blessure de l'œil par un grain de plomb. Le grain de plomb était entré près du bord extérieur de la cornée, avait traversé l'œil dans la direction de l'axe du nerf optique, s'était justement enfoncé dans la papille optique et avait pris son chemin le long du nerf, dans l'épaisseur duquel il s'était enfin arrêté à une distance de huit millimètres environ derrière la sclérotique. On aperçoit au niveau de ce point un gonflement variqueux du nerf causé par le corps étranger. La gaîne extérieure du nerf avait été distendue naturellement, mais ne montrait aucune rupture. Le malade avait présenté une espèce très-particulière de phénomènes optiques subjectifs.

4° Un dessin qui montre un kyste séreux dans la chambre antérieure. Ce kyste s'était formé quatre années après une blessure perforante, qui, d'ailleurs, n'avait déterminé aucun accident spécial. Toutefois, le kyste avait pris naissance exactement à la place de la cicatrice. Le cas est surtout curieux par la circonstance que le kyste s'était développé progressivement pendant trois mois et avait déjà motivé la proposition d'une opération, lorsqu'il commença à diminuer en volume et disparut par une rétrogradation continue dans le courant d'à peu près six mois.

5° Un cas de « *melanosis præcornealis pendula* » ou « polype mélaneux de l'œil ». Il s'agit d'une forme de la mélanose extérieure de l'œil très-curieuse par sa physionomie. Tout en couvrant la cornée, elle n'offre aucune adhérence avec la surface de celle-ci ; elle prend ses racines exclusivement au niveau d'une petite tache pigmentée préexistante sur le blanc de l'œil. Le pigment dans ces taches réside dans la conjonctive, et existe seulement dans les couches profondes de l'épithélium ; le stroma conjonctival était libre. Les polypes mélaneux ont la texture alvéolaire des vrais cancers et en partagent la marche clinique. Ils sont fort intéressants pour la doctrine des tumeurs parcequ'on trouve disséminés dans leur voisinage de petits points brunâtres, qui représentent les premières phases de la maladie, et dont l'analyse prête beaucoup aux études pathogénétiques.

6° Une forme de glaucôme chronique ayant son point de départ *sur la cornée*. M. Von Graëfe expose en peu de mots sa manière de voir sur le glaucôme chronique : la maladie, tout en étant généralement due à une pression trop forte des liquides intra-oculaires, qui amène l'excavation de la papille, peut avoir des points de départ très-diffé-

rents. Il n'y a presque pas de partie de l'œil qui ne puisse devenir la cause d'une irritation des nerfs secréteurs et amener ainsi l'exagération de la pression intra-oculaire.

La forme dont il s'agit ici a une marche excessivement lente. Il se forme sur la cornée des opacités transversales d'un mat tout à fait particulier. Ce dessin les montre dans la période de début et de développement, et l'on a, pendant un temps assez étendu, uniquement devant soi une maladie de la cornée, qui explique aussi tous les désordres fonctionnels, etc.

Plus tard, cependant, avec une régularité qui paraît sans exception, les yeux deviennent durs et les symptômes d'un glaucôme consécutif se développent lentement.

M. Chassaignac. Le kyste de la chambre antérieure était-il entre la membrane de Descemet et la cornée elle-même? Lorsque la résolution du kyste a eu lieu, y a-t-il eu effusion du contenu du kyste dans le liquide de la chambre antérieure?

M. Von Graefe. Le kyste était situé entre la membrane de Descemet et la cornée.

Le liquide du kyste ne s'est pas mélangé dans celui de la chambre antérieure.

M. Demarquay. A propos de la mélanose de l'œil, je demanderai à M. Von Graëfe s'il a eu occasion d'observer des cas analogues à celui que je vais faire connaître.

Un jeune homme se présente à moi, il y a quelques années, avec une petite tumeur mélanique occupant un point de la circouférence de la cornée et grosse comme une lentille. La tumeur fut enlevée; quelques mois après, une tumeur analogue se reproduisit, à plusieurs reprises, et fut toujours enlevée avec soin. Mais bientôt les ganglions parotidiens se prirent, des tumeurs mélaniques apparurent. J'enlevai encore ces tumeurs. Mon malade fut bien encore pendant quelque temps, mais bientôt il survint des accidents cérébraux et le malade mourut.

M. Von Graefe. Il est assez rare d'observer des rechutes dans les ganglions lorsqu'il s'agit de tumeur mélaniques de l'œil.

M. Marjolin. J'ai observé en 1846 un exemple bien net de généralisation chez un malade qui avait été opéré plusieurs fois par un oculiste pour une tumeur mélanique de la conjonctive.

DISCUSSION.

Coxalgie. Résection de la hanche.

A propos du procès-verbal, M. Verneuil demande la parole sur ce sujet.

M. Verneuil. Je vais laisser de côté les luxations complètes qui arrivent après des hydarthroses aiguës ou après des désordres très-considérables de l'articulation. Je ne veux parler ici que de ces subluxations que l'on peut observer dans toutes les articulations.

J'avais dit ceci : « Je croyais, pendant un certain temps, que lorsqu'on plaçait les membres dans la rectitude et le parallélisme, on était à l'abri de la luxation. »

Les pièces des musées sur lesquelles on constate un véritable éculement de la cavité cotyloïde ont presque toujours été recueillies sur des sujets dont le membre était dans une attitude vicieuse.

Lorsque l'on place une articulation dans l'extension complète, on pourrait croire, *à priori*, que la tête est dans l'impossibilité de se subluxer.

Mais j'ai vu des enfants qui, au moment de l'application de la gouttière, après le redressement, paraissaient guéris. Les membres étaient alors parallèles, et cependant, au bout de quelque temps, on constatait un raccourcissement considérable, qui n'était dû ni à la déviation du bassin, ni à l'attitude vicieuse du bassin, ni à l'atrophie du membre, mais bien évidemment à l'ascension de celui-ci, ce que démontrait très-nettement l'ascension du grand trochanter.

J'ai vu aussi un grand nombre d'enfants qui sont guéris et qui ont du raccourcissement sans avoir jamais eu d'abcès. Il y a eu évidemment destruction d'une partie de la cavité.

Si, malgré que l'on ait obéi aux indications posées par Bonnet, la subluxation peut encore se produire, il faut en conclure que l'on n'a pas encore fait tout ce que l'on pouvait faire. Il doit exister un agent actif contre lequel on n'a pas suffisamment agi; cet agent réside dans les muscles fessiers qui sont plus ou moins enflammés dans toutes les coxalgies. Ces muscles agissent lentement, attirent le fémur en haut et déterminent l'éculement de la cavité cotyloïde. De tout ceci, il faut conclure que l'on doit non-seulement redresser le membre, mais de plus avoir recours à l'extension continue, ainsi qu'on peut la faire avec les appareils américains présentés par M. Le Fort.

Je pense qu'il faudrait revenir à la pratique de Bonnet, qui recouvrait le pied en entier. Dans les cas récents, on devra prendre le pied dans

l'appareil ; l'ascension du fémur, sous l'influence des muscles fessiers, est empêchée, le dos du pied venant arc-bouter contre l'appareil dextriné.

Les guérisons complètes sont rares, cependant elles peuvent être observées. J'ai gardé le souvenir d'une malade que j'avais traitée à l'Hôtel-Dieu, avec M. Panas. Elle revint me voir à Lariboisière ; elle était complétement guérie; tous les mouvements étaient rétablis.

On voit un certain nombre de guérisons accompagnées de raccourcissement. Les causes de raccourcissement sont multiples : 1° le membre est redressé, mais le bassin est toujours plus élevé, sans que l'on puisse se rendre bien compte de la raison à laquelle est due cette situation; 2° le raccourcissement est dû à la persistance d'une attitude vicieuse; 3° à l'atrophie du membre; 4° à la subluxation.

On a peine à remédier au raccourcissement par l'atrophie.

Quant au raccourcissement par ascension du bassin, je ne connais pas de moyens qui permettent de lutter contre lui. On a bien proposé des appareils destinés à faire basculer le bassin d'une façon permanente, mais ils sont tous mauvais.

Quant au raccourcissement dû aux attitudes vicieuses, il est quelquefois possible d'y remédier à l'aide du redressement, quand les phénomènes aigus sont calmés.

Enfin, je tenais à signaler le raccourcissement portant seulement sur la longueur du pied. On peut, en effet, observer une espèce d'arrêt de développement du pied et un raccourcissement de celui-ci.

M. Broca. J'ai eu occasion de constater le raccourcissement du pied, le jour même où les premiers phénomènes notables de la coxalgie s'étaient montrés. De ce fait, comme de plusieurs autres, il est résulté pour moi la conviction que la coxalgie se montre souvent sur des membres mal développés, déjà malades, atrophiés, et par conséquent disposés à subir l'influence de la maladie.

J'ai vu hier une jeune fille de dix-huit ans que je soigne depuis deux ans. Il y a deux ans, il existait un affaiblissement du membre, mais l'on ne pouvait rien constater au niveau de l'articulation. Le membre droit était plus froid, un peu bouffi, beaucoup plus faible. Il n'y avait pas de raccourcissement par déformation des os en longueur, donc pas de claudication.

Ces phénomènes ont duré deux ans, et c'est seulement il y a quelques semaines qu'un médecin qui examinait la malade crut développer de la douleur au niveau de la tête du fémur. Hier, j'ai vu cette jeune fille et j'ai constaté qu'il existait de la douleur dans l'articulation

coxo-fémorale, un certain degré de relâchement de la capsule qui permettait de faire saillir la tête un peu plus facilement. J'assiste évidemment à un début de coxalgie.

En résumé, je pense que la coxalgie a plus de prise sur les membres mal constitués que sur ceux qui se trouvent dans les conditions opposées.

M. Larrey. L'observation générale que vient de faire M. Broca a été vérifiée plusieurs fois par moi, à un autre point de vue. La coxalgie est assez fréquente dans l'armée, et j'ai pu constater qu'elle se développait de préférence chez les sujets un peu faibles, lymphatiques ou exposés aux fatigues des marches forcées, etc., et particulièrement chez ceux qui, n'éprouvant que les douleurs initiales de la coxalgie, n'ont pas réclamé à temps les soins nécessaires ou ont été considérés comme simulant cette affection.

Un raccourcissement très-considérable peut être dû à la perforation du fond de la cavité cotyloïde. Mon père avait appelé l'attention sur ce point, ainsi que sur l'évasion de la cavité.

M. Verneuil. J'admets ces faits, bien entendu ; mais, dans la discussion, j'ai laissé de côté les désorganisations complètes de l'articulation.

M. Marjolin. Le fait de la prédisposition à la coxalgie des sujets qui ont un membre dans des conditions mauvaises de développement n'est pas démontré.

Je n'ai rien vu, jusqu'à présent, qui prouve que la coxalgie se manifeste avec une certaine prédisposition sur des membres qui ont souffert depuis longtemps ou qui sont mal conformés.

Le fait qui vient d'être raconté par M. Broca est très-intéressant au point de vue de l'arrêt de développement du pied. Sous ce rapport, il mérite toute notre attention.

M. Blot. M. Verneuil nous a dit qu'autrefois il n'accordait pas une grande valeur à l'extension continue, mais qu'aujourd'hui il serait disposé à lui en accorder davantage. Je ne crois pas, pour mon compte, que la pression de la tête du fémur sur la cavité cotyloïde soit aussi considérable et aussi importante que paraît le croire notre collègue.

J'arrive à la question de la prédisposition à la coxalgie par suite de l'atrophie, du manque de développement des membres. Eh bien ! à ce point de vue, je dirai que j'ai eu occasion d'examiner un très-grand nombre de femmes qui avaient eu des convulsions pendant leur enfance et qui avaient un des membres plus court et atrophié ; chez elles, je n'ai jamais observé de coxalgie.

M. Giraldès. La question du raccourcissement ou de la différence de longueur des membres chez les femmes n'est pas nouvelle. Camper l'a traitée dans une thèse soutenue à Gronningen. Il a été constaté que chez les femmes il y a des différences de longueur qui peuvent aller jusqu'à deux et trois pouces.

Relativement à l'influence de la paralysie atrophique sur le développement de la coxalgie, j'y crois peu. Je ne veux pas dire que le fait annoncé par M. Broca ne puisse être observé, mais je n'ai jamais rien vu de semblable pour mon compte. Pour soutenir que la coxalgie se développe plus facilement sur les membres atrophiés, il faudrait avoir à sa disposition un grand nombre d'observations probantes.

Les appareils américains dont on nous a parlé n'ont aucune valeur, et aujourd'hui les chirurgiens américains eux-mêmes les abandonnent et ont recours à la gouttière de Bonnet.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Léon Le Fort présente un malade qui offre une affection assez rare. Au pli du bras existe une tumeur pulsatile, douée de mouvements d'expansion très-marqués, placée sur le trajet de l'artère humérale et présentant tous les caractères d'un anévrisme artériel, sauf toutefois le bruit de souffle dont on constate l'absence. Cependant, en poussant plus loin l'examen, on voit qu'il s'agit d'une dilatation de l'artère humérale débutant au haut du bras et se prolongeant jusqu'au pli du coude et atteignant son *summum* au pli du coude.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le président annonce que M. Coste, membre correspondant à Marseille, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : — la *Gazette médicale de Stras-*

bourg; le *Bulletin de thérapeutique*; les *Archives générales de médecine*.

— Le *Bulletin de la Société de médecine de Paris*, année 1867.

— M. Larrey fait don à la Société des *OEuvres de maître François Thévenin, chirurgien ordinaire du Roy*. In-folio. Paris, 1658.

— M. le docteur Rouge, chirurgien cantonal de Lausanne, adresse une demande de candidature au titre de membre correspondant étranger, un travail sur un cas d'*anévrysme de la carotide primitive droite guéri par la compression* et un exposé de ses titres. Renvoyé à une commission composée de MM. Després, Saint-Germain, Paulet.

— *De la division complète des os longs par les instruments tranchants*, par M. le docteur Louis Thomas (de Tours). Comm. MM. Guyon, Paulet, Després.

— *Ostéite et nécrose consécutive du calcanéum. Extirpation sous-périostée de l'os. Guérison*. Par le docteur Lejeal (de Valenciennes). Comm. MM. Tillaux, Saint-Germain, Le Fort.

— *Fracture et luxation de la septième vertèbre dorsale, avec fracture de son apophyse épineuse. Mort au bout de cinquante-quatre jours*. Par M. Castex, médecin major à l'hôpital de Tlemcen. Comm. MM. Panas, Sée, Guéniot.

— M. Verneuil présente, de la part de M. le docteur Fredet, de Clermont-Ferrand, un travail intitulé : *Quelques considérations sur les fractures traumatiques du larynx et leur traitement*.

M. Fredet, dit M. Verneuil, ayant observé un cas de triple fracture du cartilage cricoïde, produite par la pression des doigts et terminée par la mort subite à l'occasion d'un mouvement brusque, a réuni un certain nombre de faits de fractures du larynx et a composé un mémoire fort intéressant sur ce sujet peu connu.

La pièce recueillie par M. Fredet est montrée à la Société par M. Verneuil.

M. Demarquay Il y a quelques années, j'ai eu l'occasion d'observer un homme qui avait été étranglé avec une corde. Le larynx avait été brisé, et le malade guérit; mais il avait conservé une grande gêne dans la respiration. Plus tard, il fut pris de suffocations, et il vint à Paris. Je lui pratiquai la trachéotomie; il dut conserver la canule, et il ne tarda pas à succomber par suite du développement d'une laryngite chronique.

DISCUSSION.

Coxalgie. Résection de la hanche (Suite).

M. Marjolin. Bien qu'à plusieurs reprises la Société de chirurgie se soit occupée de la coxalgie, nous devons être très-heureux de voir aujourd'hui M. Verneuil aborder de nouveau un des points les plus difficiles de la question, celui de l'opportunité de la résection coxo-fémorale; et pour ma part, je lui serai très-reconnaissant, si dans le cours de cette discussion on arrive à préciser nettement les indications et contre-indications d'une opération véritablement utile dans un certain nombre de cas.

Pourquoi est-elle si rarement pratiquée en France, alors qu'elle est si répandue à l'étranger? Telle est la première question posée par M. Gosselin dans son rapport sur l'intéressant mémoire de M. Le Fort, et c'est aussi la réflexion que ne manqueront pas de faire toutes les personnes appelées à lire les divers travaux publiés sur ce sujet. Certes, ce n'est pas la crainte d'aborder une opération d'une exécution peu difficile qui a pu arrêter les chirurgiens français, il a fallu des raisons plus sérieuses, des raisons tirées de la pratique, et bien que M. Gosselin les ait en partie parfaitement exposées, je demande à revenir un peu sur ce point de la question.

Quelque fréquente que soit la coxalgie dans l'enfance, on la rencontre bien moins souvent dans la classe aisée que dans la classe pauvre, et à moins qu'elle ne dépende d'un principe héréditaire essentiellement scrofuleux, il est bien rare que, dans le premier cas, elle se termine d'une manière fâcheuse, parce que, dès le début, l'affection est combattue par un traitement préventif. Aussi peut-on dire d'une manière générale que presque toujours ces malades échappent aux accidents qui nécessiteraient une opération.

Dans la pratique hospitalière, les faits ne se présentent plus de la même manière; trop souvent lorsque les malades nous arrivent, il y a fort longtemps que l'affection s'est déclarée, trop souvent encore elle n'a pas été régulièrement soignée; de plus, comme entre la date d'inscription et la date d'entrée, le plus habituellement il s'écoule une période de plusieurs mois, pendant ce temps, le mal a fait de tels progrès que nous devons nous regarder comme très-heureux lorsqu'ils ne sont pas voués à une mort certaine.

A ce moment, l'opération nous offrirait-elle encore quelques chances de succès, eh bien, je n'hésite pas à le dire, dans un certain nombre

de cas, il serait déjà trop tard, parce que les malades sont dans un tel état d'épuisement qu'ils ne pourraient s'en relever, restant surtout exposés à tous les dangers d'une suppuration prolongée dans des salles qui ne présentent pas toutes les conditions d'hygiène désirables; sur ce point, je crois que nous sommes tous d'accord et qu'il est inutile d'insister.

Ce fait est tellement vrai, que si l'on veut comparer entre eux les résultats définitifs des arthrites suppurées des membres supérieurs avec celles des membres inferieurs, on verra qu'à égalité de lésion, il est bien rare que l'on soit obligé de recourir aux amputations pour les tumeurs blanches des premiers, tandis que trop souvent on y est contraint pour les arthrites des membres pelviens.

D'où vient cette différence, c'est que, dans le dernier cas, les malades sont obligés de rester toujours dans les salles, tandis que, dans le second, tout en suivant un traitement général et local, ils jouissent de la possibilité d'aller au grand air, ils peuvent faire de l'exercice et de cette façon leur santé s'altère moins.

Il y a deux ans, j'en ai eu un exemple frappant sur une jeune fille entrée dans mon service pour une arthrite suppurée d'un poignet et d'un coude. Cette enfant était dans un état désespéré et dans l'impossibilité la plus absolue de se servir de ses deux bras. Ne pouvant réellement penser à une double amputation, j'insistai sur tous les moyens thérapeutiques usités en pareil cas; et sitôt que je vis l'amélioration en bonne voie, je fis partir l'enfant pour Berck; elle y est restée dix-huit mois; au bout de ce temps, elle est revenue parfaitement guérie, se servant très-adroitement de ses deux mains. Si des lésions bien moins graves avaient eu lieu à la hanche, il est bien douteux que nous eussions eu un résultat aussi satisfaisant; parce qu'il nous eût été impossible de placer la malade dans des conditions hygiéniques aussi favorables.

Ce n'est pas que dans quelques coxalgies suppurées les malades ne puissent prendre de l'exercice; mais c'est une exception, et le plus habituellement comme le repos est indispensable, on tourne forcément dans un cercle vicieux.

Maintenant, si nous envisageons la question à un autre point de vue, nous voyons que les contre-indications à la résection coxo-fémorale sont bien plus nombreuses et surtout bien plus précises que les indications, qui dans l'état actuel de la science sont loin d'être nettement posées. Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de toute autre articulation, dont l'examen plus facile permet de mieux apprécier l'état.

Les contre-indications tiennent tantôt à la cause, tantôt à l'état de simplicité ou de complication de l'affection, et en dernier lieu à la difficulté ou pour mieux dire à l'impossibilité de connaître toute l'étendue de la lésion.

Ainsi il est évident qu'il existe au point de vue du pronostic une grande différence entre une coxite aiguë traumatique, survenue chez un sujet fort et pouvant se terminer d'une manière favorable par la séparation spontanée ou provoquée d'un séquestre, et une carie scrofuleuse compliquée d'abcès ossifluents et de suppuration des parties molles environnantes.

Malgré toute la gravité d'une ostéo-périostite, il me semble qu'il y a encore plus de chances de réussite pour le chirurgien que lorsqu'il a affaire à un individu constamment menacé d'une nouvelle manifestation scrofuleuse,et dont tous les frères et sœurs ont succombé à des affections analogues.

C'est très-probablement parce que j'ai rencontré un cas de véritable ostéite épiphysaire que j'ai eu un succès complet en pratiquant l'extraction de la tête du fémur. Chez cette enfant, il y avait eu des accidents très-graves : la suppuration avait été très-abondante, et pendant longtemps j'avais craint une triste terminaison, lorsque sous l'influence de soins continués avec persévérance l'état général et local s'améliora. Un jour, en examinant un trajet fistuleux qui persistait, je sentis nettement que la tête du fémur était mobile; je débridai sur ce point, et l'extraction de la tête s'opéra sans difficulté. La plaie se cicatrisa rapidement et l'enfant guérit, à la vérité avec un raccourcissement assez grand, mais conservant presque toute l'intégrité de ses mouvements.

Chez un autre enfant, au contraire, que quelques-uns de vous ont pu examiner à Berck, si la résection de la tête et du col n'a pas eu un résultat aussi satisfaisant, c'est que la constitution du malade laissait beaucoup à désirer, et que du côté de ses parents les antécédents étaient mauvais.

Il y a maintenant peut-être trois ans qu'il a été opéré, et non-seulement il existe encore plusieurs trajets fistuleux, mais une communication s'est établie entre le foyer principal.

Cette considération de l'hérédité de la scrofule dans les familles sera toujours pour nous une cause d'hésitation pour opérer, et vous comprendrez encore mieux notre conduite en pareil cas lorsque vous saurez que très-souvent nous avons en même temps dans nos salles le frère et la sœur atteints d'affections scrofuleuses du tissu osseux. En pareil cas, je crois qu'il est d'autant plus sage de s'en tenir à une

thérapeutique médicale, aidée de tous les moyens locaux que la chirurgie possède, que de recourir à une opération grave qui ne met pas à l'abri de la récidive sur un autre point. Malheureusement, nous avons vu depuis notre pratique à Sainte-Eugénie trop de faits de ce genre pour ne pas les signaler.

Je viens de vous parler des contre-indications dépendant de causes médicales, il en est d'une autre espèce que je ne puis passer sous silence : c'est l'état simple ou complexe de la lésion. Par état simple, je crois qu'il faut comprendre toute altération des os, bornée à la tête du fémur ou à la cavité cotyloïde sans pénétration dans le bassin. Au premier abord, on est tenté de croire que, toutes les fois qu'il y a eu une coxalgie suppurée, la tête du fémur et la cavité cotyloïde sont toutes deux altérées, cela est le plus habituel, sans être constant. Il serait pourtant bien intéressant de savoir à l'avance où siége l'altération de l'os et si la cavité cotyloïde est intacte; car cela importe pour le pronostic et peut-être aussi pour la décision à prendre. Si l'absence de trajets fistuleux au pli de l'aine est comme le pensent MM. Ericksen et Le Fort un indice de l'intégrité de la cavité cotyloïde, ce serait un signe précieux; malheureusement tous les faits ne confirment pas cette opinion et à l'appui de ce que j'avance, je citerai deux cas observés tout récemment dans mon service, dans lesquels il n'existait aucune ouverture fistuleuse au pli de l'aine et cependant les deux cavités cotyloïdes étaient non-seulement détruites par la carie, mais perforées.

Deux mois environ avant la mort de l'un de ces enfants, âgé de 4 ans et demi, j'avais demandé à la famille, qui me l'avait refusée, l'autorisation de pratiquer la résection. A cette époque, je pensais qu'il y avait d'autant plus de chances de succès, qu'au début l'affection avait eu une marche rapide. A l'autopsie, outre les lésions mentionnées plus haut, je trouvai un seul tubercule à la partie moyenne du lobe inférieur du poumon droit, et une hypertrophie graisseuse du foie.

Peut-être m'objectera-t-on que si j'avais pu pratiquer la résection au moment où j'en avais demandé l'autorisation, l'enfant eût été sauvé, c'est possible; mais qui pourrait aussi m'assurer qu'à ce moment même la cavité cotyloïde n'était pas perforée?

Jusqu'à présent, je n'ai parlé que des cas simples; mais il me reste à dire quelques mots des cas compliqués, c'est-à-dire de ceux dans lesquels la carie a envahi des surfaces osseuses voisines, comme les vertèbres sacrées et l'articulation sacro-iliaque. Malheureusement ces cas se présentent assez souvent, et il est bien difficile de les pressentir.

Enfin, il est une autre complication, qui peut survenir au moment le plus imprévu, et c'est par ce fait que je termine.

Il y a quelques mois, on amena dans mon service un jeune garçon présentant tous les signes d'une coxalgie du côté droit; il y avait très-peu de temps que l'affection s'était manifestée à la suite d'une chute.

Sous l'influence du repos et des bains, l'amélioration se manifesta promptement, et lors de son départ en convalescence pour Laroche-Guyon, toute trace de claudication avait disparu.

Ramené au bout de quelques mois, la claudication existait de nouveau, avec un abcès en voie de formation au niveau du grand trochanter droit. Plus tard, la collection purulente ayant été largement ouverte, je pratiquai l'extraction de plusieurs séquestres provenant du col; à dater de ce jour, la santé devint meilleure, et je croyais que ce petit malade allait guérir, lorsqu'un nouvel abcès, très-volumineux, symptômatique d'une coxalgie, se manifesta du côté opposé. Cette nouvelle complication acheva d'épuiser l'enfant, qui succomba au bout d'un temps assez long. Cette fois encore, bien qu'il n'y eût aucune ouverture fistuleuse au pli de l'aine, les deux têtes du fémur et les deux cavités cotyloïdes étaient en grande partie détruites par la carie et la surface interne du bassin également altérée; les poumons étaient parfaitement sains, et le foie avait subi la dégénérescence graisseuse.

En présence de faits semblables, bien que très-porté à accepter la résection coxo-fémorale comme une précieuse ressource, je crois qu'elle n'est applicable que dans un nombre de cas très-limités et que, dans l'état actuel de la science, nous sommes bien loin de posséder tous les signes qui indiquent son application.

M. Demarquay. Je veux parler dans le même sens que M. Marjolin. Depuis dix ans, je cherche l'occasion de pratiquer la résection de la tête du fémur, et je ne l'ai pas encore rencontrée. J'ai toujours reculé devant cette opération, parce que les enfants que j'observais étaient scrofuleux ou n'appartenaient pas à des familles bien saines.

Je crois que le traumatisme de la résection, sur un enfant scrofuleux, épuisé, doit amener sûrement la mort.

Dernièrement, je voulais, chez un enfant, pratiquer la résection de la hanche; j'ai temporisé, et dans l'intervalle, il est survenu une méningite tuberculeuse, qui a emporté le malade.

J'ai vu ce que les Anglais font en fait de résection de la hanche, et je ne suis pas revenu convaincu par leurs résultats. Avec la gouttière Bonnet on obtient des améliorations très-grandes.

Relativement à la remarque de M. Broca sur l'arrêt de développement du pied, je dirai que j'ai observé des faits analogues, mais je les ai interprétés d'une manière différente. Je crois que la coxalgie est une maladie essentiellement chronique, et que au moment où le raccourcissement est observé, l'affection remonte déjà à un temps très-éloigné.

M. Verneuil nous a dit qu'il avait eu occasion de voir des individus complétement guéris de la coxalgie; je dois déclarer ici que je n'ai pas été aussi heureux que notre collègue. A la suite d'une coxalgie, je n'ai jamais vu reparaître l'intégrité fonctionnelle complète du membre, et je n'ai jamais vu celui-ci présenter son volume normal.

Dans la coxalgie, il est tellement difficile ou même impossible de rétablir les mouvements, que j'ai complétement abandonné toute tentative faite dans cette direction, craignant, ce qui arrive souvent, les rechutes les plus graves.

M. Le Fort. Je veux seulement répondre un mot à M. Marjolin. Il attribue à M. Ericksen et à moi une idée que nous n'avons pas émise. J'ai simplement dit qu'il y avait de grandes chances que l'acétabulum soit malade, lorsqu'il y avait des fistules au périnée.

M. Giraldès. Je ne veux pas entrer dans la discussion relative à la résection de la hanche. Je veux dire seulement que c'est là une opération à conserver.

M. Verneuil a été frappé de ce fait que des enfants coxalgiques traités avec soin, placés dans la rectitude parfaite, pouvaient présenter un raccourcissement assez grand, lorsqu'ils étaient guéris, et il indique comme cause principale de ce raccourcissement, la déformation, l'éculement de la cavité cotyloïde, qui est due elle-même à la rétraction, suite d'inflammation des fessiers.

Le fait du raccourcissement après un bon traitement, un bon redressement, après que les membres ont été mis dans le parallélisme, est tout à fait bien établi; on l'observe même dans le plus grand nombre de cas.

M. Verneuil attribue ce raccourcissement à l'élargissement très-grand de la cavité cotyloïde; ceci est encore vrai; mais je me sépare de mon collègue lorsque je lui vois rattacher ce raccourcissement à la rétraction des muscles fessiers.

Les muscles fessiers dans ces cas sont atrophiés; mais les muscles fléchisseurs et adducteurs (psoas-iliaque, pectiné, adducteurs) sont ceux qui agissent pour agrandir la cavité cotyloïde.

Ce raccourcissement a lieu, quelques précautions que l'on prenne, même lorsqu'on emploie notre meilleur appareil, l'appareil Bonnet.

Si l'on vient de réduire un membre, siége d'une coxalgie, et que l'on ait obtenu le résultat le plus satisfaisant possible, l'on peut être certain qu'au bout de huit jours la position sera déjà notablement modifiée.

Cela s'observe surtout lorsqu'on emploie les appareils inamovibles avec la dextrine. Ces appareils inamovibles sont détestables.

M. Verneuil s'est demandé si l'on ne devait pas revenir à la pratique des chirurgiens américains, à l'extension continue. Examinons ce point de la question.

M. Sayre avait constaté que la pression sur le membre, siége d'une coxalgie, donnait naissance à une douleur vive, tandis que la traction causait du soulagement, et il en avait conclu qu'il fallait traiter la coxalgie à l'aide de l'extension continue.

Je ferai d'abord remarquer que l'extension continue, comme moyen de traitement de la coxalgie, avait été indiquée par Brodie et Bonnet, avant de l'être par les chirurgiens américains.

La traction du membre produit-elle quelque chose de réel? Oui, si l'on en croit plusieurs chirurgiens américains très-autorisés, MM. Cosme, Sayre, Davis, qui ont tous fait construire des appareils pour répondre à cette indication.

Eh bien, si l'on vient à examiner attentivement tous leurs appareils, l'on voit que ceux-ci agissent en immobilisant la cuisse à sa partie supérieure, et non en produisant une traction qui éloignerait l'une de l'autre les surfaces articulaires malades.

Le meilleur appareil de tous est la gouttière de Bonnet; mais il faut que chaque malade ait une gouttière faite exprès pour lui.

M. Verneuil. Je ne suis pas de l'avis de M. Demarquay relativement à la résection. Dans certaines circonstances, parce que sur dix tentatives on a échoué neuf fois, ce n'est pas une raison pour ne pas tenter de nouveau la même opération. Pour mon compte, je suis encore tout disposé à pratiquer la résection de la hanche.

Assurément la guérison radicale de la coxalgie est rare, mais elle est possible. J'ai cité le cas d'une malade que j'avais traitée avec M. Panas; chez elle la guérison a été bien complète; mais assurément on ne peut espérer guérir radicalement des coxalgies déjà très-avancées.

M. Giraldès pense que l'ascension de la tête fémorale se produit sous l'influence des muscles adducteurs de la cuisse. J'avais pensé que ce déplacement était dû à la rétraction des muscles fessiers, et je me fondais sur ce fait que lorsque après un redressement du membre on met le doigt sur les muscles adducteurs, on ne les trouve pas tendus.

Il est bien vrai, comme l'a dit M. Giraldès, que les muscles fessiers sont atrophiés, mais en même temps ils sont indurés et rétractés.

Ce point de physiologie pathologique ne pourrait être tranché que par les autopsies.

Je n'ai pas voulu faire l'historique de l'extension ; mais ce que je veux voir appliquer au traitement de la coxalgie, ce n'est pas l'extension à l'aide des poids placés à l'extrémité du membre, comme on l'employait autrefois, mais l'extension à l'aide d'un appareil qui permette aux enfants de marcher, et il faut bien le dire, cet appareil est encore à trouver.

M. Marjolin. Je suis un peu étonné de voir que M. Verneuil, qui nous a donné des observations si intéressantes sur quelques complications médicales, si fâcheuses en chirurgie, ne partage pas plus complétement notre réserve lorsqu'il s'agit de pratiquer de graves opérations sur des individus tellement entachés du vice scrofuleux, qu'ils sont en quelque sorte, malgré tous les soins possibles, fatalement voués à des récidives du même genre. Sans condamner d'une manière trop exclusive la locomotion dans la coxalgie, je crois qu'il ne faut l'employer qu'avec une extrême réserve et avec la plus grande surveillance, crainte de provoquer des exacerbations chez des individus qui semblaient guéris. J'ai exposé tout à l'heure à quelles causes il fallait attribuer la différence des guérisons dans les arthrites des membres supérieurs et des membres inférieurs; aussi je n'y reviendrai pas. Je dirai seulement que ce repos absolu, soit dans la gouttière de Bonnet ou tout autre appareil établi sur ces mêmes principes, ne prédispose pas, comme on l'a dit, aux méningites tuberculeuses. Cette affection, si commune chez les enfants scrofuleux, peut aussi se manifester chez des adultes atteints d'arthrites suppurées. Si j'ai bonne mémoire, je crois que des faits analogues ont été observés par M. Legouest. Enfin, je terminerai, et j'insiste sur ce point, il est des cas où, malgré l'appareil de Bonnet employé de bonne heure, on ne peut remédier au raccourcissement du membre ; mais comme dans ces cas il y a eu destruction ou déformation du bord supérieur de la cavité cotyloïde ou de la tête du fémur, il faut bien se garder de gêner le travail de cicatrisation de la nature par des tractions intempestives ; il faut se contenter de laisser le membre en repos dans la gouttière; de cette manière, on a au moins la chance de remédier à des déplacements par trop difformes, et on prévient la flexion de la cuisse sur le bassin. Quant à dire qu'il n'y a pas de guérison réelle dans une coxalgie grave confirmée, je crois que c'est se montrer par trop difficile. Quelques-uns d'entre vous se souviennent peut-être d'avoir vu

ici une jeune fille dont l'observation est, je crois, dans la thèse de M. Gibert; elle avait eu à la suite d'une fièvre typhoïde une véritable luxation de la hanche; la luxation fut réduite, et lorsque, au bout de quelques mois, l'enfant vous fut présentée, ses mouvements étaient si réguliers, que personne ne put dire de quel côté la coxalgie avait eu lieu. Qu'il soit resté peut-être un peu d'atrophie du membre, c'est possible; mais je crois que c'est bien là une véritable guérison.

M. Demarquay. J'ai été très-heureux d'entendre M. Giraldès faire l'historique de l'extension. Je crois comme lui que la saillie du grand trochanter et la tendance à la luxation sont dues à la rétraction des muscles adducteurs. Il y avait un appareil qui avait été fait pour remédier à cette tendance, c'était l'appareil de Martin.

M. Giraldès. Je n'ai pas cité l'appareil de Martin, parce que à mon avis c'est le plus détestable des appareils.

M. Guersant. Je n'ai jamais vu dans ma vie que deux cas de guérison complète de la coxalgie; les deux guérisons ont été obtenues à l'aide de l'appareil de Martin.

M. Giraldès. Il y a deux appareils Martin. Le premier est un appareil de contention; l'autre est un appareil à double flexion, que je considère comme très-mauvais.

RAPPORT VERBAL.

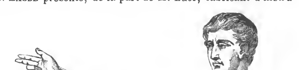
M. Léon Labbé fait un rapport verbal sur un travail de M. Ladureau, médecin de l'hôpital militaire de Cambrai.

Ce travail était relatif à trois cas d'hygroma prérotulien, à un cas d'hématocèle prérotulienne, et à un fait de fracture compliquée de la rotule, avec large plaie pénétrante de l'articulation.

La conclusion du rapporteur est la suivante : Déposer le travail de M. Ladureau aux archives.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. Léon Labbé présente, de la part de M. Lüer, fabricant d'instruments de chirurgie, un nouvel appareil compresseur des artères.



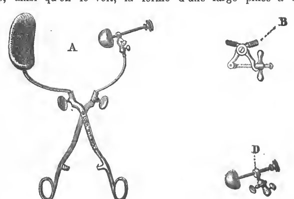
Le caractère essentiel de ce nouveau compresseur réside dans le principe de la *pression élastique*.

Selon l'auteur de ce nouvel instrument, la plupart des compresseurs irritent et fatiguent le malade, parce qu'ils offrent une pression uniforme et constante sans l'élasticité et la souplesse dont il faut disposer pour se prêter au changement de position du malade et contre-balancer sans souffrance, par une augmentation ou une diminution de pression, l'action musculaire nécessaire à ce changement de position.

Les lames d'acier qui composent les deux branches de l'instrument, la pelotte en caoutchouc destinée à presser sur l'artère, la triple mobilité de la vis qui supporte la pelotte en caoutchouc et qui lui permet d'occuper successivement les positions les plus variées par rapport à l'autre branche, constituent un ensemble, répondant au contraire à ces indications.

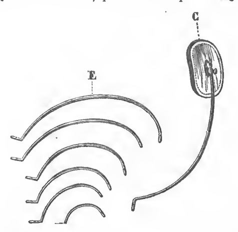
Selon que le compresseur nouveau devra s'appliquer à l'artère du bras, de la jambe, du bas-ventre ou du cou, etc., les branches seront plus ou moins grandes, plus ou moins écartées.

L'instrument compresseur, représenté dans la planche ci-contre, affecte, ainsi qu'on le voit, la forme d'une large pince à deux



branches, dont le degré d'écartement ou de pression peut être rendu fixe au moyen d'une agrafe à crémaillère C.

Quant aux mors de la pince, ils sont remplacés par les dispositions suivantes : l'un D se termine par une plaque en cuivre doublée de cuir à la façon d'un coussinet, qui est destinée par sa large surface à



offrir une base à la contre-pression au point d'appui sur la face postérieure du membre.

L'autre branche A, partie intéressante et spéciale de l'instrument,

porte une pelotte E en caoutchouc. Cette pelotte, hémisphérique par sa face interne, est aplatie en dehors; ses dimensions varient suivant le volume des parties sur lesquelles elle doit reposer.

Cette pelotte, souple et élastique, est fixée à l'extrémité d'une vis, portée elle-même sur la branche correspondante de la pince. La vis est ajustée sur la branche par une articulation à volute, de manière à pouvoir se mouvoir dans tous les sens et être ensuite assujettie dans une position donnée.

Toutes les pièces de l'appareil peuvent se démonter, de manière à offrir un très-faible volume.

M. Labbé a eu l'occasion d'expérimenter cet appareil, et les résultats qu'il a obtenus lui ont paru satisfaisants.

M. Giraldès. Je me suis servi du compresseur de M. Lüer pour comprimer l'artère fémorale, dans un cas d'amputation de la cuisse. La compression exercée à l'aide de cet instrument n'a rien laissé à désirer.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. Tillaux présente une pièce d'*hypertrophie générale de l'utérus*, coïncidant avec la présence d'un petit corps fibreux dans le col.

Des détails relatifs à cette pièce intéressante seront donnés dans une des prochaines séances.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

— Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

— La *Revue médicale de Toulouse.*

— Le *Montpellier médical.*

— Le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de Paris*, pour 1867.

— M. Després offre à la Société un exemplaire de son *Traité du diagnostic des tumeurs*. Remercîments.

DISCUSSION.

Coxalgie. — Résection de la hanche.

M. Le Fort. M. Marjolin a bien voulu citer mon travail sur la résection de la hanche, et je l'en remercie. Je dois dire ici que je suis beaucoup moins partisan de la résection de la hanche que de celle du genou.

La résection de la hanche dans la coxalgie est un moyen extrême, auquel on ne doit avoir recours que lorsque tous les autres moyens ont été employés.

J'ai été très-satisfait de voir M. Verneuil soutenir l'utilité de l'extension du membre dans le cas d'éculement de la cavité cotyloïde, et je suis persuadé que les faits justifieront cette manière de voir.

La discussion a porté aussi sur l'utilité de l'extension dans la coxalgie, à la période de début ou peu avancée. M. Giraldès a attaqué cette méthode et critiqué les appareils que l'on a proposé pour agir dans cette direction. Mais, comme l'a très bien établi M. Verneuil, il s'agit de faire l'extension, tout en permettant au malade de marcher.

Pour mon compte, je suis tout à fait opposé à l'emploi systématique de la gouttière Bonnet, et je considère que dans beaucoup de cas son emploi peut être la source de complications qui entraînent la mort du malade.

Je concède à M. Giraldès que les appareils américains sont tout à fait insuffisants. Lorsque je les présentai à la Société de chirurgie, je le fis parce que je considérais que l'extension, dans le traitement de la coxalgie, était véritablement indiquée. J'ai ensuite expérimenté ces appareils et je leur ai trouvé tous les désavantages signalés par M. Giraldès. Voici pourquoi j'ai imaginé un appareil dans lequel j'ai essayé de prendre un point d'appui plus favorable, en rendant mobile la plaque sur laquelle repose l'ischion. En procédant ainsi, on peut porter la pression beaucoup plus loin.

J'ai eu l'occasion d'appliquer plusieurs fois cet appareil, et j'ai obtenu des résultats réellement satisfaisants; aussi je persiste à croire que la méthode d'extension est bonne.

M. Chassaignac. Dans la dernière séance, il a été question de l'ap-

pareil de Martin, qui avait été présenté à la Société de chirurgie, avant de l'être à l'Académie des sciences.

Cet appareil paraissait répondre idéalement à toutes les indications (mobilité, large surface d'appui). J'avais vu Martin l'employer avec succès chez un homme de mon service, qui avait un violent traumatisme de la cuisse, et lorsque la Société de chirurgie désigna une commission chargée de suivre les expériences de Martin, je fus adjoint à mes collègues Robert et M. Larrey. Martin appliqua son appareil sur un de mes malades atteint de coxalgie ; et sans qu'aucun de nous ait pu s'en douter, nous arrivâmes un jour à constater une eschare au niveau du mollet. Les expériences ne furent pas poursuivies, et il n'y eut pas de rapport présenté à la Société.

Ce que désirent aujourd'hui tous les chirurgiens, c'est de posséder un appareil qui, tout en assurant l'immobilité de la jointure, permette un certain déplacement de l'individu, déplacement utile au point de vue de la santé générale.

Cette considération m'a toujours fait repousser l'usage de la gouttière Bonnet, et j'ai eu recours à un moyen d'immobilisation qui m'a rendu de grands services, c'est l'extension et l'immobilisation à l'aide des moules brisés. Je pense que les appareils construits d'après ces principes sont supérieurs à tous les autres.

Dans quelques cas, il est vrai, l'appareil de Martin a paru réussir d'une façon très-satisfaisante; mais, dans ces cas, il s'agissait d'abcès de la région du grand trochanter et non de coxalgies.

Martin était allé jusqu'à croire qu'à l'aide de son appareil il pouvait réintégrer la tête fémorale dans la cavité cotyloïde.

Je pense qu'avant de se décider à faire la résection, il faut bien savoir dans quel état se trouve l'os iliaque.

M. Giraldès. Si notre collègue avait vu un enfant traité de coxalgie dans un appareil Bonnet bien fait, il ne dirait pas ce qu'il dit. Les enfants ne s'étiolent pas parce qu'ils sont dans l'appareil Bonnet; lorsque cela arrive, c'est qu'il y a des lésions organiques du côté des poumons, du foie, et assurément ce n'est pas parce qu'on laissera marcher les enfants que l'on obtiendra la guérison. J'ai observé de nombreux exemples de guérisons obtenues à l'aide de la gouttière Bonnet. C'est l'appareil Bonnet qui incommode le moins les malades.

Certainement, dans nos hôpitaux, il est difficile de faire construire des gouttières de Bonnet pour nos malades; mais on peut les remplacer par des appareils analogues, par exemple par les appareils qu'emploie M. Marjolin, par ceux dont se sert M. Guersant, par des

moules en gutta-percha, par des moules en plâtre comme ceux de M. Chassaignac.

Les chirurgiens américains, eux-mêmes, formulent en tête du traitement de la coxalgie la nécessité du repos et de la bonne position, et pour répondre à ces indications, ils ont fait construire des appareils divers, tels que des moules en fil de fer, etc., etc.

Ce qu'a dit M. Le Fort au sujet de ces appareils est affaire d'inspiration et non d'observation clinique.

Il y a eu deux périodes dans l'emploi des appareils américains : ce n'est que dans la seconde période que M. Sayre a voulu appliquer le traitement qui consiste à faire l'extension, tout en laissant marcher le malade. Mais qu'arrive-t-il dans ce cas? L'enfant marche sur l'autre membre, de sorte que lorsque la guérison est obtenue, on observe une déformation considérable, quelquefois tellement marquée, que pour y remédier, l'on se trouve dans la nécessité de pratiquer des opérations.

M. Le Fort. Il est possible que je n'aie pas vu autant de coxalgies que M. Giraldès ; cependant, j'ai employé l'appareil Bonnet, un assez grand nombre de fois, pour avoir le droit de le juger.

J'ai employé l'appareil inamovible embrassant le bassin et le membre inférieur, à l'exemple de M. Verneuil. Je déclare que c'est là un excellent appareil.

COMMUNICATION.

Ovariotomie.

M. Boinet. Dans une de nos dernières séances, notre collègue, M. Liégeois, vous a communiqué une opération d'ovariotomie qu'il a faite avec succès; je me proposais de prendre la parole sur ce fait. mais les travaux à l'ordre du jour ne l'ont pas permis. Avant d'exposer les quelques réflexions que cette observation m'avait suggérées, permettez-moi de profiter de cette occasion pour présenter à la Société une malade à laquelle j'ai pratiqué l'ovariotomie, il y a aujourd'hui un mois. Je désire montrer que le succès de l'ovariotomie est encore possible, même dans les cas qui paraissent les plus désespérés, et alors que la maladie offre des complications graves et multipliées. Voici l'observation de ma malade.

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, du poids de 17 à 18 kilogrammes, compliqué d'ascite, d'une hernie ombilicale volumineuse et d'un prolapsus complet de l'utérus. Ovariotomie. Guérison.

Mademoiselle G..., d'Issoudun, âgée de 47 ans, lingère, a toujours

été bien réglée jusqu'à 46 ans, époque où la menstruation a cessé. Cette femme, d'une bonne constitution, a toujours joui d'une bonne santé, si ce n'est que depuis l'âge de 10 ans, elle a toujours éprouvé des envies fréquentes d'uriner. Il y a environ quatre ans, elle a remarqué que son ventre prenait du développement, en même temps que sa santé s'altérait; l'augmentation du ventre fut si rapide, qu'au bout de six mois, il était aussi développé que dans une grossesse à terme. Les jambes étaient légèrement infiltrées. Soumise à divers traitements diurétiques, il n'en résulta aucune amélioration, et la maladie faisant toujours des progrès, sa santé générale s'affaiblissant de plus en plus, l'amaigrissement augmentant, elle vint à Paris, en 1865, réclamer des soins. Reçue à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Voillemier, elle y subit une ponction, le 7 septembre 1865, qui donna issue à 6 ou 7 litres de liquide. On reconnut dans le ventre, au dire de la malade, l'existence de deux tumeurs solides. De l'hôpital Saint-Louis, elle fut envoyée en convalescence à l'hospice du Vésinet, pour y refaire sa santé, et vingt et un jours après, elle retourna dans son pays, après avoir vu M. Voillemier, qui constata le retour du liquide dans la poche qu'il avait ponctionnée. Le ventre prit un accroissement progressif et devint si volumineux, que la malade était obligée de rester assise ou couchée. Bientôt, elle ne put se livrer à aucune occupation; sa position devint de plus en plus misérable; sa santé s'altéra de jour en jour, et elle maigrit beaucoup : il ne lui restait aucun espoir de salut. Dans cet état désespéré, M. le docteur Jugand, d'Issoudun, lui proposa de faire l'ovariotomie; mais elle préféra revenir à Paris, pour y subir cette opération. Elle me fut adressée par le docteur Gachet, d'Issoudun, le 6 juillet 1868.

A son arrivée à Paris, elle est dans un état déplorable, faible, maigre et les traits profondément altérés; la respiration est gênée, les digestions pénibles, l'appétit nul; le ventre, au niveau de l'ombilic, qui est le siége d'une hernie ombilicale volumineuse, mesure 1 m. 42 c., et de l'appendice xyphoïde au pubis, 45 centimètres; la hernie ombilicale, rendue saillante par du liquide ascitique et par les anses intestinales, est très-volumineuse; ses parois sont très-amincies et étalées sur le ventre : elle mesure 46 centimètres de circonférence; la paroi inférieure du ventre et les membres inférieurs sont infiltrés. La percussion et l'examen du ventre font reconnaître une grande quantité de liquide ascitique; et si on fait placer la malade dans différentes positions, on reconnaît trois tumeurs très-distinctes : deux supérieures, solides, très-résistantes à la pression, et offrant au palper tous les signes des tumeurs fibreuses, et une troisième médiane et inférieure,

donnant tous les signes d'une vaste poche, renfermant du liquide. Les parois du ventre, dont le développement est extraordinaire, sont tellement distendues, et par les tumeurs et par le liquide de l'ascite, qu'il est impossible de reconnaître si des adhérences existent; de plus, cette malade est atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus qui pend entre les cuisses. Je porte le diagnostic suivant : kyste multiloculaire d'un ovaire, ayant une vaste poche fluctuante, accompagnée de deux tumeurs solides très-dures, avec complication d'une ascite, d'une exomphale et d'une chute complète de l'utérus, avec excoriations saignantes sur les parois renversées du vagin et sur le col de l'utérus. Ce prolapsus complet de l'utérus remontait à cinq mois; mais depuis plus d'une année, la malade avait remarqué que sa matrice était très-basse, et que son col apparaissait entre les grandes lèvres; il y avait parfois des écoulements sanguinolents.

Dans le but de mieux connaître la nature des tumeurs solides du ventre, qui avaient toutes les apparences de tumeurs fibreuses, et pour m'assurer s'il existait des adhérences, je conseillai à la malade une ponction, pour enlever le liquide ascitique; mais comme elle voulait retourner dans son pays, sans plus attendre, je lui recommandai de faire pratiquer cette ponction par son médecin, afin qu'on pût mieux établir le diagnostic, et savoir si l'ovariotomie était praticable. Cette malade retourna à Issoudun et la ponction ne fut pas faite. Mais un nouveau phénomène se produisit : l'écoulement quotidien, d'un verre et demi environ, d'un liquide légèremeut gluant par le col utérin, diminua un peu le volume du ventre et apprit que le kyste était tubo-ovarique. Comme l'état de la malade devenait de plus en plus mauvais, malgré cet écoulement; que la maigreur augmentait; que les forces diminuaient, etc., elle revint à Paris. le 1er octobre 1868, bien décidée à se faire pratiquer l'ovariotomie.

Un nouvel examen, fait avec soin, me confirma dans mon premier diagnostic : une ascite considérable, avec hernie ombilicale volumineuse, une vaste poche kystique et deux grosses tumeurs, dures, résistantes; qui s'élevaient jusqu'au foie et sous le diaphragme, et dont la consistance rappelait des tumeurs aréolaires, développées dans l'épaisseur des parois du kyste, et enfin une chute complète de l'utérus qui pendait entre les cuisses et était le siége d'excoriations profondes. La seule chance de salut pour cette pauvre fille était dans l'ovariotomie; mais les complications nombreuses qui accompagnaient ce kyste, l'existence probable d'adhérences du côté du foie et du diaphragme, dans une maladie dont le début remontait à plus de quatre ans, l'impossibilité de reconnaître ces adhérences et celles qui pouvaient être plus pro-

fondes, tout cela me paraissait autant de contre-indications que je n'osais affronter. Cependant, l'état de cette malade était si grave, que je regardai comme une obligation une opération que je ne pratiquai qu'avec une certaine répugnance ; et le 11 octobre 1868, cédant aux instances pressantes de la malade, je fis cette ovariotomie, rue Oudinot, n° 4, en présence de MM. Brochin, Firmin, Moyet, Robert et de plusieurs internes des hôpitaux.

Une incision fut pratiquée sur la ligne blanche jusqu'au péritoine, entre le pubis et la hernie ombilicale, la malade étant chloroformée ; le péritoine, poussé par le liquide ascitique, vint faire hernie entre les lèvres de l'incision, qui avait environ 12 centimètres de longueur, et fut ponctionné avec le trocart de Sp. Wells. Il s'écoula 4 à 5 litres de liquide séreux, verdâtre, provenant de la cavité péritonéale. Plusieurs vaisseaux furent saisis avec mes serre-fines à mors plats, et aucun écoulement de sang ne se fit dans la cavité du péritoine. Celui-ci ayant été divisé dans toute l'étendue de l'incision avec des ciseaux, la main gauche, doucement introduite dans le ventre, entre les parois abdominales et le kyste, constata qu'il existait deux tumeurs volumineuses, inégales, solides, résistantes, et une vaste poche remplie de liquide. L'une des tumeurs, celle de droite, s'élevait jusqu'au foie et au diaphragme qu'elle soulevait, et était séparée de celle de gauche, qui s'élevait moins haut, par un enfoncement considérable, la tumeur droite pressait tellement le diaphragme et le foie, que je ne pus passer la main entre ces organes : ce qui me fit supposer que des adhérences existaient dans ce point et probablement dans les parties profondes, ce qui heureusement n'avait pas lieu, ainsi que je le reconnus en continuant l'opération. Ces tumeurs étant trop volumineuses pour être extraites par l'incision que j'avais pratiquée d'abord, je la prolongeai par en haut, en contournant à gauche la hernie ombilicale, et lui donnai une étendue de 27 centimètres. Par ce moyen, le kyste devint plus apparent, et la poche fluctuante fut ponctionnée; l'évacuation de 7 ou 8 litres de liquide séreux, verdâtre, permit aux deux tumeurs solides, placées au-dessus de la poche de s'abaisser, et alors, seulement, je pus reconnaître que ces tumeurs n'avaient aucune adhérence, ni avec le foie, ni avec le diaphragme, ni avec un autre organe. Après avoir pris la précaution de fermer par une ligature l'ouverture faite à la poche kystique par le trocart, dans le but de prévenir tout épanchement dans la cavité péritonéale, j'introduisis la main gauche sous le kyste et, le soulevant doucement, je le fis sortir du ventre, entre les lèvres de la plaie; un aide le saisit aussitôt entre ses deux mains et le tint suspendu au-dessus du ventre. Je constatai avec plaisir que

tout ce qui composait le kyste, tumeurs et poche, n'était adhérent que par un pédicule très-large, très-épais et assez long. Toute cette manœuvre avait été assez prompte et assez facile. Le pédicule, qui renfermait des vaisseaux volumineux, fut placé dans le clamp, fortement serré, et coupé ensuite avec des ciseaux, au-dessus du clamp, à la base du kyste; par mesure de précaution, et à cause du volume des vaisseaux du pédicule, une forte ligature en fil de soie fut placée sur le pédicule, au-dessous du clamp, sur lequel on cautérisa le pédicule avec le fer rouge. Grâce aux serre-fines appliquées sur les points saignants de l'incision abdominale, pas une goutte de sang ne tomba dans le péritoine; sa toilette fut facile à faire et se borna à absorber avec des éponges un peu de liquide ascitique qui restait encore dans le petit bassin, et à ôter, ce qui ne laissa pas de me donner de l'inquiétude pour le résultat de cette opération, plusieurs membranes de la grosseur du doigt, d'une longueur de 10 à 12 centimètres, d'un blanc mat, nacré; elles étaient libres et flottantes dans le liquide ascitique. De plus, la surface du péritoine offrait les traces d'une péritonite ancienne, était d'un rouge violacé, et tous les vaisseaux épiploïques étaient gorgés de sang noir.

Avec une longue aiguille, qui traversait en même temps les parois abdominales et le pédicule, celui-ci fut fixé dans l'angle inférieur de la plaie. Le clamp ayant été enlevé, deux épingles traversant les parois abdominales, y compris le péritoine, furent placées, l'une audevant, l'autre au-dessous du pédicule, afin de mieux le maintenir et de le comprimer dans la suture entortillée. La plaie fut fermée par une suture profonde, faite avec neuf fils d'argent passés avec une grande promptitude et une grande facilité à travers les parois abdominales et le péritoine, à l'aide d'une aiguille à chas, assez semblable à une aiguille d'emballeur ou à une alène de cordonnier, dont je me sers habituellement pour faire cette suture : 7 épingles suffirent pour la suture superficielle ou entortillée.

Une sonde évacuatrice fut placée au-devant du pédicule et enfoncée jusqu'au fond du petit bassin, pour retirer, à l'aide d'une pompe, le liquide qui pouvait s'épancher; il en sortit à peine 5 ou 6 grammes, pendant deux heures que cette sonde resta encore en place, elle ne laissa couler aucun liquide : aussi fut-elle retirée. L'opération avait duré quarante-cinq minutes.

Avant de fermer l'abdomen, j'avais cherché à réduire l'utérus et j'y étais parvenu très-facilement; l'indicateur de la main gauche étant placé dans le petit bassin, pour suivre et diriger l'impulsion que j'imprimais à l'utérus, en le refoulant doucement et progressivement dans le

vagin avec la main droite, je parvins à le remettre en place, et deux petites éponges furent introduites dans le vagin, pour s'opposer à une nouvelle chute.

La malade, nettoyée, changée de linge et de flanelle, fut portée dans un lit bien chaud. On lui donna quelques cuillerées de madère, de bouillon froid et d'une potion calmante. Le reste de la journée se passa bien; point de fièvre, point de douleurs dans le ventre; sommeil de quelques heures.

Malgré les complications que j'ai signalées plus haut, les suites de cette opération furent des plus heureuses; à peine de la fièvre pendant les deux premiers jours, point de douleurs dans le ventre, qui est resté plat, non douloureux à la pression. Alimentation légère et prise avec plaisir. Les urines ont coulé naturellement et le cathétérisme n'a pas été pratiqué une seule fois; une éponge, placée dans un sac de taffetas gommé, est mise entre les cuisses de la malade et reçoit les urines. L'éponge est changée à chaque émission. Les fils et les épingles des sutures furent enlevés à partir du cinquième jour, et le huitième, tout était enlevé, et remplacé par des bandelettes fixées avec le collodion.

Il me paraît inutile d'entrer dans de plus longs détails sur la marche de cette opération, qui, comme vous le voyez, a eu un très-bon résultat, puisqu'elle a débarrassé cette pauvre femme, qui était sur le point de mourir, de quatre maladies très-graves : 1° d'un kyste multiloculaire énorme; 2° d'une hernie ombilicale; 3° d'un prolapsus complet de l'utérus: et 4° enfin d'une ascite considérable, qui depuis longtemps déjà avait amené l'infiltration des membres inférieurs. Il y a aujourd'hui trente jours que cette malade a été opérée et son état est si satisfaisant, qu'elle va repartir pour son pays.

La masse totale du kyste, contenant et contenu, était de 17 à 18 kilogrammes environ; les parties solides, tumeurs et poche du kyste, pesaient 8 kilogrammes et demie. Les tumeurs étaient aréolaires, renfermant dans leur intérieur une infinité de petites loges, communiquant les unes avec les autres, et remplies d'une matière blanchâtre, épaisse, gélatineuse, purulente dans quelques-unes. Les plus grandes n'auraient pu loger une noix. De grosses veines, des brides épaisses et résistantes, sillonnaient la surface de ces tumeurs dans tous les sens; leur surface externe était lisse et nous offrait des bosselures irrégulières.

La hernie ombilicale, dont il reste quelques vestiges, est complétement réduite, et il ne reste plus au niveau de l'ombilic qu'une très-petite partie du sac, qui diminue chaque jour et qui probablement

finira par disparaître complétement, si on s'oppose, par un bandage, à l'introduction des intestins dans l'anneau ombilical.

Déjà trois fois, j'ai rencontré des kystes de l'ovaire compliqués de hernie ombilicale et d'ascite, et j'ai remarqué que dans ces cas, les parties herniées se réduisaient facilement, et qu'on pouvait les retirer de l'anneau ombilical en les attirant dans le ventre avec les doigts introduits par l'incision abdominale.

Cette remarque ne pourrait-elle pas trouver son application dans l'opération de la hernie ombilicale étranglée, et nous engager à opérer cette espèce de hernie, en faisant sur la ligne blanche, à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic, une incision par laquelle on pourrait, en y introduisant un ou deux doigts, aller retirer les intestins et l'épiploon engagés dans l'anneau ombilical et étranglés par lui, plutôt que d'inciser directement cet anneau et sur des parties irritées et plus ou moins enflammées, comme nous le faisons habituellement, parties au milieu desquelles on a souvent de la peine à se guider. On serait d'autant plus autorisé à essayer ce procédé, que les résultats par les procédés que nous employons ordinairement sont généralement mauvais. S'il existait des adhérences, on pourrait tout aussi bien les détruire et y remédier par le procédé que nous indiquons que par les autres, et si un épanchement sanguin ou autre se produisait, on pourrait y remédier plus facilement et fixer plus sûrement les bouts de l'intestin, s'il y avait gangrène.

On a cru pendant longtemps, et beaucoup de chirurgiens partagent encore cette opinion, que le contact de l'air sur le péritoine, que toutes les lésions traumatiques, les plaies, les incisions, les piqûres, etc., sont des circonstances tellement graves et tellement redoutables, qu'on doit s'abstenir de toute opération sur cette séreuse, à moins d'y être absolument forcé. Les nombreuses opérations d'ovariotomie pratiquées avec succès depuis quelques années, sont venues donner le démenti le plus formel à cette manière de voir, et démontrer combien toutes ces craintes sont exagérées, et que tous les accidents qu'on attribuait à la lésion du péritoine, soit par incision, plaie ou piqûre, ne sont pas dues à la lésion proprement dite de cette séreuse, mais à des causes qu'il faut chercher ailleurs. D'après nos observations, les accidents qui suivent la lésion du péritoine sont dus à l'épanchement dans le péritoine du sang ou d'un liquide quelconque.

En effet, un épanchement dans l'abdomen, quelque minime qu'il soit, à la suite d'une lésion du péritoine, subit presque toujours une altération putride, une décomposition qui amène les accidents de la péritonite, ou de la résorption purulente, et il est bien démontré au-

jourd'hui, par des observations déjà nombreuses, que si, à la suite d'une blessure du péritoine, il ne se fait aucun épanchement dans l'abdomen, ou bien que si cet épanchement ayant lieu on a pu le faire disparaître sur-le-champ, il n'en résultera rien de fâcheux; l'air et les liquides épanchés dans la cavité abdominale n'y deviennent dangereux que lorsqu'ils restent renfermés dans cette cavité et qu'ils y séjournent; ainsi, dans les ovariotomies, le moindre caillot, la moindre quantité de liquide d'un kyste laissés dans le ventre donnent presque toujours naissance à une péritonite mortelle; c'est donc avec raison que dans l'ovariotomie on recommande de faire avec un soin minutieux la toilette du péritoine, afin de se mettre en garde contre le moindre suintement de sang, avant de clore l'ouverture abdominale. La pratique de tous les ovariotomistes a montré que le succès de l'ovariotomie a presque toujours lieu, toutes les fois qu'il n'y a aucun épanchement, soit de sang, soit d'un liquide quelconque dans la cavité abdominale. Ce qui prouve bien que ce n'est pas la lésion, proprement dite, du péritoine qui est la cause des accidents péritonéaux, à la suite des opérations pratiquées sur cette séreuse, mais bien les épanchements qui peuvent être la suite de ces opérations, d'où cette conséquence pratique très-importante, qu'on doit toujours dans les plaies abdominales où le péritoine est intéressé, s'empresser de les élargir, si on soupçonne le moindre épanchement, dans le but d'arrêter cet épanchement s'il continue, ou de le tarir et de le faire disparaître complétement, s'il y a lieu.

Étant donc établi, que les lésions du péritoine sont beaucoup moins à craindre qu'on ne le croyait et qu'on ne le croit encore aujourd'hui, ne devrait-on pas dans les cas d'étranglement interne, d'iléus, d'invagination intestinale ou d'une obstruction au passage des matières fécales, alors que le siége de l'étranglement ne peut être déterminé, ne devrait-on pas ouvrir largement la cavité abdominale, comme dans l'ovariotomie, et aller à la recherche de l'étranglement, peut-être aurait-on la chance de sauver des malades, alors qu'ils sont fatalement voués à la mort.

Ceux qui ne veulent pas admettre que le péritoine puisse supporter sans accident des lésions, prétendent que cette membrane ne s'enflamme pas dans l'opération de l'ovariotomie, parce que probablement elle est dans des conditions nouvelles, qui lui permettent de supporter, sans accident, des opérations qu'elle ne supporterait pas dans son état normal... Quelles sont ces conditions nouvelles? Personne ne les connaît, mais on les invoque pour trouver une explication à la tolérance que montre le péritoine dans l'opération de l'ovariotomie. La présence d'un

kyste de l'ovaire dans le ventre, son long contact avec le péritoine, le développement lent et insensible de la tumeur ovarique, seraient les causes de cette nouvelle propriété du péritoine à ne pas s'enflammer aussi facilement. Avant d'admettre cette opinion, qui ne repose que sur une hypothèse, il faudrait démontrer que le péritoine des malades affectées de tumeurs ovariques ou de toute autre tumeur, n'est plus dans les mêmes conditions anatomiques et physiologiques que le péritoine de ceux qui n'ont pas de tumeurs dans le ventre; personne, que je sache, n'a encore fait cette démonstration, et s'il en était ainsi, on pourrait se demander pourquoi, dans l'opération césarienne, la même opération faite sur un péritoine dans les mêmes conditions physiologiques ou pathologiques ne réussit pas, à Paris, par exemple, tandis qu'elle réussit assez souvent en province : est-ce que la distension subie par le péritoine, est-ce que les modifications nouvelles qu'il a pu éprouver pendant le développement de la tumeur utérine ne sont pas les mêmes à Paris que dans la province? Je crois donc qu'il faut chercher ailleurs la cause des accidents graves qui se manifestent à la suite des opérations pratiquées sur le péritoine, et que cette cause a sa source dans les épanchements péritonéaux surtout, quelle que soit leur nature, et cela est si vrai que dans les cas où il n'y a aucun épanchement dans le péritoine, soit pendant, soit après l'opération, les accidents sont plus rares, malgré la lésion du péritoine, qu'il ait été coupé ou déchiré. On doit aussi tenir grand compte des milieux dans lesquels on opère, et de la constitution des malades.

Le point capital dans l'opération de l'ovariotomie est donc d'empêcher tout épanchement sanguin ou autre dans la cavité abdominale; dans ce but, on recommande de lier immédiatement tous les vaisseaux sanguins ouverts, et de supprimer tout écoulement ou tout suintement sanguinolent, qu'il provienne de l'incision faite à la paroi abdominale, de l'épiploon on des déchirures des adhérences. Mais cette ligature des vaisseaux ou des parties qui laissent écouler du sang, demande quelquefois bien du temps, allonge l'opération qu'on est obligé d'interrompre à plusieurs reprises; de plus, on a l'inconvénient de laisser des ligatures dans le ventre et entre les lèvres de la plaie, dans l'espoir de parer à tous les inconvénients et de hâter l'opération. Je fais usage pour arrêter l'écoulement du sang, quelle que soit sa source, de serres-fines que j'ai fait modifier et approprier au but que je voulais atteindre. Ces serres-fines, que j'ai l'honneur de vous présenter, sont à mors plats et munies d'un fil d'argent qui aide à les reconnaître et à les retrouver, lorsqu'on fait la toilette du péritoine et qu'on suture la paroi abdominale. Ces serres-fines sont d'une application prompte

et facile; elles exercent, pendant qu'on continue l'opération, une compression assez forte pour s'opposer à l'écoulement du sang, qu'il sorte en nappe ou par jets; d'ailleurs, il arrive presque toujours qu'après l'enlèvement de ces serres-fines, le sang ne coule plus, et la pression momentanée exercée par ces instruments, qui agissent en mâchant les tissus, suffit pour arrêter définitivement l'écoulement du sang, et dispense des ligatures, ce qui, je le répète, me paraît être un grand avantage, puisque l'opération est faite plus rapidement, et qu'ensuite il ne reste aucun corps étranger dans la cavité péritonéale, ni entre les lèvres de la plaie.

M. Liégeois, en décrivant le procédé opératoire qu'il a suivi, nous a fait remarquer, en y attachant une certaine importance, qu'il avait eu la précaution de traverser les parois abdominales avec des fils qui, placés immédiatement au-dessus et au-dessous du pédicule qu'ils contournaient, avaient l'avantage de comprimer le pédicule, de le maintenir plus sûrement dans l'angle inférieur de la plaie, et au besoin de s'opposer à l'hémorrhagie. Cette manière de faire nous paraît en effet bonne à suivre, et se rapproche beaucoup du procédé que nous suivons habituellement, qui consiste, pour maintenir solidement le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie, à le traverser en même temps qu'on traverse les parois abdominales avec une longue aiguille ou épingles flexibles, et à placer immédiatement au-dessus et au-dessous du pédicule deux épingles qui, comprises ainsi que l'aiguille du pédicule dans la suture entortillée, compriment et fixent le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie; ce procédé est surtout utile, lorsque le pédicule est court et épais. Tyler Smith veut, lorsque le pédicule est court et largement implanté, qu'on l'abandonne dans la cavité abdominale après l'avoir lié fortement et avoir coupé les fils au ras du nœud, ou simplement qu'on se contente de lier les vaisseaux du pédicule.

Ce procédé serait en effet très-avantageux, dans ce sens qu'il permettrait d'abandonner le pédicule dans le ventre, et de réunir l'incision abdominale par première intention, mais il nous paraît avoir plusieurs inconvénients graves, c'est : 1° de laisser dans le ventre des ligatures qui agissent comme corps étrangers et exposent à la péritonite ou à des suppurations; 2° c'est d'exposer à des hémorrhagies abdominales consécutives, dans le cas ou les ligatures viendraient à s'échapper avant l'oblitération des vaisseaux; d'ailleurs M. Spencer-Wells, qui a mis plusieurs fois ce procédé en pratique, a observé que les symptômes de péritonite ont été plus violents que lorsqu'on se sert du clamp, et sur cinq malades chez lesquelles il a mis ce procédé en usage, trois sont mortes de péritonite générale.

Les ligatures laissées dans l'abdomen doivent donc être abandonnées.

La méthode de Clay (de Birmingham), qui consiste à appliquer le clamp et à cautériser le pédicule serait meilleure, et a donné lieu à de beaux succès dans les mains de Brown. Cette méthode paraît en effet très-rationnelle, puisque l'usage du clamp laissé en place pendant dix à douze heures, en mâchant les tissus, en les écrasant, permet l'oblitération des vaisseaux, comme ferait la ligature, et que la cautérisation avec le fer rouge, pratiquée au-dessus du clamp, vient en aide pour oblitérer les vaisseaux et s'opposer à l'hémorrhagie.

Une méthode que l'on a appliquée assez rarement, et à laquelle on semble vouloir accorder quelque faveur, est la section lente et graduée du pédicule, à l'aide de l'écraseur linéaire de M. Chassaignac; assurément, cette méthode serait la meilleure si on pouvait l'appliquer sans crainte; avec elle on pourrait se passer de toute espèce de ligature, et ce serait se placer dans les meilleures conditions pour le succès de l'ovariotomie, si l'on pouvait, comme nous l'avons fait et comme l'a proposé après nous Braxton Hicks, comprimer le pédicule avec un clamp dentelé, resserrer, mâcher, écraser les tissus assez complétement et assez solidement pour empêcher toute hémorrhagie; alors le pédicule pourrait être abandonné sans danger dans la cavité abdominale. Il serait prudent d'ajouter à ce procédé la cautérisation du pédicule. Malheureusement, les vaisseaux du pédicule sont quelquefois si volumineux, que ces procédés, soit par l'écraseur linéaire, soit par les clamps dentelés, écraseurs ou mâcheurs, ne mettraient pas à l'abri de l'hémorrhagie, et qu'on fera mieux, par prudence, de placer préalablement une ligature ou un clamp qui, en serrant le pédicule, s'oppose à toute hémorrhagie primitive et consécutive.

Ordinairement, pour faire l'occlusion de l'incision abdominale, on se sert, pour passer les ligatures métalliques de la suture profonde, d'aiguilles tubulées, qui ne laissent pas que d'avoir des inconvénients dans certains cas; d'abord il faut autant d'aiguilles qu'on veut faire de points de suture; elles sont parfois difficiles à enfiler, et, une fois qu'elles ont traversé les parois abdominales, il devient quelquefois difficile de saisir le fil d'argent avec des pinces et de le faire sortir de l'aiguille. D'autres fois, si on veut le pousser pour le saisir plus facilement, il se plie à l'entrée de l'aiguille, et on est obligé de le retirer pour le remplacer par un autre; d'autres fois, s'il déborde trop l'ouverture de l'aiguille à sa sortie, il se recourbe et s'oppose au passage de l'aiguille à travers les parois abdominales. Enfin, si les parois abdominales sont très-épaisses, comme il arrive dans quelques cas, ces

aiguilles tubulées, qui sont presque droites et peu résistantes, plient et se courbent lorsqu'on veut traverser la paroi du côté opposé, alors on est obligé de retirer l'aiguille et de la remplacer par une autre.

Tous ces inconvénients apportent des longueurs dans l'opération et des ennuis pour le chirurgien.

Voulant obvier à tous ces inconvénients et abréger, autant que possible, la durée de l'opération, j'ai fait faire, en 1860, des aiguilles particulières, qui ont la forme d'une aiguille d'emballeur ou d'une alène, sans manche, de cordonnier. Une ou deux de ces aiguilles, armées d'un long fil d'argent, suffisent pour faire la suture de l'incision la plus longue de la paroi abdominale; elles sont très-résistantes et pénètrent avec une grande facilité dans les parois abdominales, quelle que soit leur épaisseur; le talon de ces aiguilles est percé d'un chas, large et facile à enfiler, et il offre, au-dessus et au-dessous, une cannelure assez profonde pour loger complétement le fil d'argent qui, de cette façon, ne grossit pas le talon de l'aiguille et n'apporte aucun obstacle à son passage, au moment où il traverse les tissus. Avec une seule aiguille, on peut faire sept ou huit sutures sans être obligé de l'enfiler à chaque suture. Avec ces aiguilles, la suture profonde est faite avec une promptitude et une sûreté remarquables.

Enfin notre collègue, M Le Fort a demandé à M. Liégeois, pourquoi il avait pratiqué cette ovariotomie. La réponse était bien simple, c'est que si cette opération n'avait pas été faite, la malade aurait succombé dans un délai assez rapproché, si l'on doit en juger par l'examen du kyste; le liquide qu'il contenait était filant, coloré; il existait à la surface interne du kyste un grand nombre de productions ou végétations de grosseur différente, depuis celle d'un haricot jusqu'à celle d'un petit œuf de poule, et tout kyste, dans ces conditions, devient promptement multiloculaire, et amène fatalement la mort dans un délai assez court. Que si le kyste de la malade de M. Liégeois, avec le développement rapide qu'il avait suivi dans les derniers temps, avait été abandonné à lui-même, la femme n'eût pas tardé à succomber, tandis qu'aujourd'hui, si aucune autre maladie ne vient compromettre son existence, elle peut vivre de longues années. M. Liégeois a donc agi sagement en proposant l'ovariotomie et en la faisant.

Nous terminerons ces quelques réflexions que nous venons de faire sur l'ovariotomie en faisant observer que les succès se multiplient à Paris, et que la pratique des chirurgiens de la capitale ne le cède en rien à celle des chirurgiens qui opèrent en province ou à l'étranger. Pour ce qui nous concerne, nous avons jusqu'à ce jour pratiqué dix-huit fois l'ovariotomie, et nous avons obtenu onze succès, c'est-à-dire

plus de 61 sur 100. Mais si nous tenons compte de nos dernières opérations, notre proportion est plus grande. Ainsi nos sept premières opérations nous ont donné quatre succès, c'est-à-dire environ 60 p. 100, et nos onze dernières opérations ont fourni sept succès, c'est-à-dire environ 66 p. 100, autrement dit deux succès sur trois opérations. Je suis convaincu qu'on arrivera à guérir trois malades sur quatre. Nos trois dernières opérations sont trois succès.

M. Després. L'opération que M. Boinet vient de proposer, qui consiste à ouvrir la paroi abdominale, à faire la gastrotomie pour dégager l'intestin étranglé au niveau d'un anneau, a déjà été proposée en France, il y a plus d'un siècle, par Pigray, pour la hernie crurale, en particulier. L'opération a été pratiquée deux fois. On a ouvert le ventre au-dessus de la hernie. Les résultats de l'opération y ont fait renoncer.

M. Liégeois. M. Boinet a insisté sur la rétraction du pédicule. J'ai été frappé de cette rétraction chez la malade dont j'ai rapporté l'observation devant la Société.

Je crois que cette rétraction est très-importante et qu'il faut en tenir un très-grand compte dans l'opération de l'ovariotomie. Il faut placer une forte ligature au niveau du pédicule, et traverser celui-ci à sa base avec une aiguille de fort calibre. Je ne suis pas d'avis que l'ouverture du ventre soit aussi simple que veut bien le dire M. Boinet; je pense qu'il faut faire tous ses efforts pour empêcher l'intestin de sortir.

M. Boinet. Je n'ai pas voulu parler des opérations dont M. Després vient de nous entretenir; je ne me suis préoccupé que de la hernie ombilicale, pendant l'ovariotomie.

L'intestin sort quelquefois, malgré toutes les précautions que l'on peut prendre.

Quant au pédicule, il n'est pas toujours possible de le traverser avec une aiguille. La réduction du pédicule après la cautérisation est employée par Tyler Smith; mais Spencer-Wells, qui a eu recours cinq fois à ce procédé, n'a pas obtenu de résultats favorables.

Si je devais réduire le pédicule dans le ventre, je combinerais l'écrasement linéaire avec la cautérisation.

M. Léon Labbé. Je crois que M. Liégeois s'exagère le degré de tendance qu'a le pédicule à rentrer dans le ventre. Le plus souvent, après quarante-huit heures, des adhérences assez solides sont établies entre le pédicule et les surfaces du péritoine pariétal qui ont été mises en contact avec lui. En tout cas, lorsque le clamp, de quelque forme qu'il soit, qui a étreint le pédicule, est enlevé, l'on voit celui-ci se

rétracter immédiatement, et il existe entre la surface du pédicule et la paroi abdominale, une différence de niveau que les bourgeons charnus ne tardent pas à combler.

Il est bon de faire tous ses efforts pour empêcher l'intestin de sortir du ventre; mais quelquefois toutes les précautions sont inutiles. Plusieurs observations personnelles me portent à croire que dans les cas où l'intestin sort, malgré tous les efforts de contention auquel on peut avoir recours, le pronostic est relativement plus grave que dans les circonstances opposées. Dans ces conditions, il n'est pas rare d'observer rapidement une distention gazeuse considérable de l'intestin. Quant à ce qui est relatif aux dimensions à donner à l'ouverture abdominale, j'estime que toutes les fois qu'il existe des adhérences, il faut pratiquer une large ouverture pour faciliter les manœuvres et éviter de brusques déchirures.

M. Liégeois. Je n'ai pas voulu dire que le contact de l'air avec la séreuse péritonéale fût capable de tuer les malades; mais je pense que l'on se place dans d'heureuses conditions en évitant ce contact.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Panas fait les deux communications suivantes :

Ossification irido-pupillaire.

Chacun connaît les productions osseuses pathologiques de la choroïde, de la rétine et du corps vitré, tandis qu'il est infiniment plus rare de voir l'iris devenir le siége de cette altération.

Il vient d'entrer dans mon service un homme de 36 ans, ancien militaire, et qui, par suite de refroidissement, eut une double ophthalmie grave, qui a aboli complétement la vue. Il y a un an de cela. Aujourd'hui, nous constatons ce qui suit :

Les deux yeux sont petits, atrophiés, présentant cette forme carrée qui caractérise cet état.

Les deux cornées opalescentes semblent être appliquées directement sur le diaphragme irien, tellement la chambre antérieure se trouve réduite dans ses dimensions, par suite de l'aplatissement des deux cornées. Le globe a perdu de sa consistance et offre une fluctuation manifeste, preuve que le corps vitré est diffluent. A la place de la pupille et de l'iris, on voit une cloison imperforée, d'une couleur gris-jaunâtre, avec des taches pigmentaires, et çà et là de fines arborisations vasculaires, qui semblent provenir des vaisseaux scléroticaux.

La surface de cette cloison n'est point lisse, mais elle offre un réseau de fibres entre-croisées, qui lui donnent l'aspect aponévrotique.

Le malade a la perception de la lumière diffuse, et remarque la présence d'une lumière placée devant ses yeux, pourvu que celle-ci ne soit pas distante de plus d'un mètre.

Nous avons constaté pareillement la présence des quatre posphènes principaux ; ce qui indique que la rétine a conservé sa sensibilité, au moins en partie.

En présence d'un pareil état de choses, nous avons pensé que l'iridiotomie, en supposant qu'elle pût réussir dans d'aussi mauvaises conditions, devait améliorer le triste état du malade, et c'est ce qui nous engagea à entreprendre cette opération, en l'exécutant sur l'œil gauche, qui nous parut moins atrophié que le droit.

Pour les raisons connues de tous et dans le cas particulier, à cause de la liquéfaction du corps vitré, j'ai décidé de faire la kératotomie supérieure. Une fois la chambre antérieure ouverte et l'humeur aqueuse écoulée, je voulus saisir l'iris pour en extraire un lambeau; mais quel fut mon étonnement, lorsque je me trouvai en présence d'un tissu dense, qu'aucun instrument ne pouvait entamer. Diverses pinces à iridiotomie, une pince à dents de souris, des ciseaux droits et courbes, le crochet à iridiotomie, une aiguille à cataracte furent successivement essayés, sans parvenir à arracher une portion de l'iris. Ce n'est qu'avec de forts ciseaux courbes que j'ai pu faire sauter une toute petite parcelle, grosse comme un grain de semouille, d'une substance blanche et dure que je jugeai, à l'œil nu, devoir être de l'os véritable.

L'examen microscopique, en nous montrant dans la préparation des ostéoplastes en grand nombre, ainsi que le dessin que je vous présente ici en fait foi, confirma notre prévision. Rien ne pouvait, du reste, nous faire soupçonner, avant l'opération, cette ossification de l'iris, qui rendait l'iridiotomie, par le procédé ordinaire, absolument impraticable.

M. de Graéfe pense qu'en pareil cas le procédé de Wenzel, qui consiste à sectionner à la fois la cornée et la circonférence de l'iris, permet de saisir celle-ci en plein et d'en faire directement l'excision. Le petit couteau à cataracte dont il se sert pour la kératotomie linéaire modifiée, est l'instrument que notre savant collègue m'engageait d'employer pour exécuter ce temps de l'opération; et c'est ce que je me propose de tenter prochainement, en tenant la Société au courant du résultat définitf.

Malgré les manœuvres opératoires multipliées, qui me faisaient

craindre le développement d'un phlegmon dans cet œil, il n'est rien survenu de fâcheux, et c'est à peine si le malade à souffert pendant trois à quatre jours. Cette immunité des yeux atrophiés pour le phlegmon traumatique, est un fait assez fréquent et qui a été mis au jour pour la première fois par Wenzel. On conçoit de suite combien ce fait devra encourager l'opérateur, et de quel poids il doit être dans la balance, lorsqu'on sait juger les indications et les contre-indications d'une opération dans des cas aussi désespérés que celui de notre malade.

Cette observation nous a paru intéressante à trois points de vue :

En tant qu'exemple d'une ossification irrécusable, siégeant dans le plan irien de l'œil, ce qui est peu commun ;

A cause de l'impossibilité de diagnostiquer à l'avenir une ossification irienne, et des embarras que l'on se crée en suivant pour l'opération les préceptes de l'iridiotomie classique ;

Enfin, comme mettant au grand jour l'inocuité relative des opérations, mêmes graves, sur des yeux atrophiés depuis longtemps par la maladie.

Sarcôme ossifiant de la mâchoire inférieure.

Malgré les progrès incontestables de l'anatomie pathologique, il reste encore beaucoup à faire au sujet des altérations intimes dont le tissu osseux peut être le siége. A ce titre, je crois que la pièce que je vais vous montrer ne manquera pas d'uu certain intérêt.

Un jeune homme de 18 ans, tisserand de profession, et d'une bonne constitution, bien que maigre et pâle, vint dans mon service pour se faire opérer d'une tumeur qu'il portait à la mâchoire inférieure depuis dix-huit mois environ.

Cette tumeur, née vis-à-vis des premières molaires gauches, a gagné de proche en proche, et aujourd'hui elle occupe la presque totalité du corps de la mâchoire, s'étendant en bas et du côté de la bouche jusque près de l'os hyoïde. Son volume est égal à celui du poing. La consistance en est uniformément dure, sauf sur le point correspondant à la canine gauche et vers le fond du sillon labio-gengival, où la masse se laisse refouler, en produisant un bruit particulier, comme si des trabécules osseuses se brisaient sous le doigt. La peau et la muqueuse glissent librement sur la tumeur. Nulle part, on ne perçoit des battements ou du souffle, et la pression ne provoque aucune douleur. Pas de ganglions engorgés et pas de douleurs spontanées.

Du côté de l'hérédité, on n'a rien à signaler de saillant.

Les dents étant au complet sur la mâchoire inférieure, nous ne pouvions nous arrêter longtemps à l'idée d'un odontome.

Une exostose ou une hypérostose ne pouvaient pas non plus être admises, vu la croissance rapide de la tumeur.

Dès lors, on n'avait à se prononcer qu'entre une production carcinomateuse, un myéloplaxe ou une tumeur fibro-osseuse.

L'absence de tout engorgement ganglionnaire, la conservation de la santé générale, la solidité des dents, bien qu'elles fussent toutes implantées par leur racine dans la production morbide, et le défaut de toute douleur, nous ont engagé à éliminer de notre diagnostic une tumeur maligne, pour nous rattacher complétement à l'idée d'un ostéofibrome.

A l'aide d'une incision en fer à cheval, suivant le bord de l'os, et de deux traits de scie verticaux, nous avons pu, après dissection, enlever le maxillaire et avec lui la tumeur qui en faisait partie intégrante. Voici, messieurs, une coupe de cette tumeur.

On y voit une surface aréolaire, d'un rouge foncé, formée de trabécules osseuses, entre-croisées et séparées entre elles par une pulpe ou moelle rouge. On dirait la section d'un corps de vertèbres. A la surface de la tumeur, le tissu osseux est réduit en une coque extrêmement mince, que le scalpel entame avec la plus grande facilité.

Sans posséder de gros vaisseaux, cette tumeur était très-vasculaire; aussi, chaque coup de bistouri qui entamait celle-ci au moment de la dissection des parties molles, faisait sourdre une grande quantité de sang en nappe.

A l'aspect de cette tumeur, j'ai déclaré, en me fondant sur ce que nous savons au sujet des tumeurs à myéloplaxes, surtout d'après la thèse remarquable de M. Eugène Nélaton, que nous avions à faire à une tumeur de cette nature. Ne voulant pas me fier toutefois aux apparences, j'ai confié l'examen microscopique de la tumeur à MM. Cornil et Ranvier, dont chacun reconnaît la compétence, en ce qui regarde surtout les altérations propres au tissu osseux.

La réponse de ces messieurs a été que, malgré la coloration d'un rouge sombre de la tumeur et la présence d'une moelle rappelant, à s'y méprendre, la coloration splénique, ce n'était point à un myéloplaxe que l'on avait à faire, mais bien à ce que ces messieurs appellent un *sarcome ossifiant*. Voici, du reste, quelques mots d'explication sur la structure intime de la tumeur.

On sait, aujourd'hui, que la moelle des os est le point de départ d'une foule de lésions qui peuvent affecter le système osseux. Parmi ces lésions, il y en a d'un genre tout particulier, consistant dans le déve-

loppement anormal d'éléments embryoplastiques dans la moelle. C'est là la tumeur dite myéloïde des os ou *sarcome myéloïde*, qui, suivant que tel ou tel élément prédomine, prend le nom de tumeur à myéloplaxe (prédominance des myéloplaxes), et celui de *sarcome ossifiant*, lorsque, outre les éléments embryoplastiques, des travées osseuses tendent à s'y former. Une particularité digne de remarque, c'est que les capillaires nombreux qui sillonnent habituellement ces tumeurs ont des parois très-minces, sont variqueux et irréguliers sur plusieurs points de leur continuité; c'est-à-dire qu'ils offrent les caractères propres aux vaisseaux capillaires embryonnaires. Cette disposition des capillaires explique la vascularité de ces tumeurs et aussi les kystes sanguins qui se forment souvent dans leur intérieur, à mesure que la tumeur se ramollit. Le prétendu anévrisme des os n'est souvent que l'exagération de cet état.

La tumeur que j'ai l'honneur de présenter à la Société est donc constituée principalement par des cellules embryoplastiques, dont un certain nombre se sont transformées déjà en cellules fibroplastiques, en myéloplaxes peu nonbreux, en fibrilles de tissu lamineux et aussi en trabécules de tissu osseux.

C'est une chose très-remarquable que la production d'un tissu osseux nouveau, au milieu des éléments embryoplastiques. C'est là tout à fait ce qui se passe dans l'intérieur des bourgeons charnus provenant d'une surface d'os dénudé ou enflammé, avec cette différence toutefois que ce travail, lorsqu'il s'agit d'une tumeur, n'aboutit jamais et se continue, pour ainsi dire, en pure perte.

En résumé, cette observation nous paraît intéressante à deux points de vue.

Premièrement, elle prouve qu'il ne faut pas se fier à l'examen à l'œil nu pour se prononcer sur la nature myéloplaxique d'une tumeur, comme le veut Eugène Nélaton. Ici, malgré l'apparence splénique de la tumeur, prétendue caractéristique, il s'agissait d'une tumeur embryoplastique contenant à peine quelques rares myéloplaxes.

Deuxièmement, elle montre qu'il s'agit dans ce cas d'une tumeur dont la structure est d'autant plus remarquable, qu'elle nous fait assister au développement de certaines tumeurs dites fongueuses ou anévrismatiques des os, qui ont beaucoup embarrassé les chirurgiens à une certaine époque, et sur la nature desquelles des doutes planent encore dans la science.

M. Liégeois. La tumeur de M. Panas m'a rappelé une tumeur que j'ai présentée à la Société de chirurgie, il y a cinq ans. L'aspect de cette tumeur était tel que l'on devait songer à une tumeur à myélo-

plaxes, et cependant elle était uniquement constituée par des noyaux embryoplastiques. Cette tumeur siégeait sur un jeune sujet (17 ans), et elle n'avait mis qu'une année à se développer.

La séance est levée à six heures un quart.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

Séance du 18 novembre 1868

Présidence de M. Legouest

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— Le *Bulletin de thérapeutique*.

— *Étude comparative des statistiques médicales des hôpitaux de Rome et de Paris*, par le docteur Vacher. Paris, 1868.

— M. le bibliothécaire de l'Académie adresse à la Société la deuxième partie du tome XXVIII des *Mémoires de l'Académie de médecine*.

— *Contributions à l'histoire des fractures et luxations du rachis*. Thèse inaugurale, novembre 1868, par le docteur L.-D Douillet.

— *Des divers modes de pansements par occlusion*. Thèse inaugurale, novembre 1868, par le docteur N. Gavrilesco.

— Trois brochures, sur les *Plaies d'armes à feu*, adressées par le docteur Giovanni Melchiori, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

— Le *Mexique au point de vue médico-chirurgical* (2e volume), par le docteur Léon Coindet, médecin principal. M. Larrey rappelle que M. Coindet est candidat au titre de membre correspondant.

M. Legouest présente, au nom de MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, une pince destinée à enlever les polypes laryngiens. Cette pince a été construite d'après les indications données par M. Cusco.

COMMUNICATION.

Hypertrophie générale de l'utérus. Corps fibreux engagé dans le col. Tentative d'extraction.

M. Tillaux. Par suite des fonctions qui lui sont dévolues, l'utérus est, de tous les organes de l'économie, le plus exposé aux variations de volume, de forme, de rapports; la grossesse, la menstruation, les rapprochements sexuels l'entretiennent dans un état presque constant de congestion et d'irritation. Aussi les lésions dont il est affecté sont-elles très-fréquentes. L'hypertrophie, en dehors de la grossesse, bien entendu, constitue l'une de ces lésions.

L'hypertrophie utérine peut être générale ou partielle, c'est-à-dire porter sur tous les éléments à la fois de la matrice ou sur l'un seulement de ces éléments; ainsi que l'hypertrophie partielle de la muqueuse peut engendrer les granulations, les kystes, les polypes muqueux, etc.; mais ce sont là des états pathologiques bien déterminés auxquels ne convient réellement pas le mot hypertrophie. Les expressions « *générale* et *partielle* » doivent plus justement s'appliquer, non à l'hypertrophie de l'un des éléments anatomiques de l'utérus, mais à la portion de la matrice dont le volume s'est accru. C'est ainsi qu'il existe une hypertrophie partielle du corps, une hypertrophie partielle du col, ou bien une hypertrophie générale de la matrice.

Cette hypertrophie du col a encore reçu le nom d'allongement hypertrophique, et a été, sinon découvert, au moins très-bien étudié par M. Huguier. Il porte sur l'une ou l'autre portion du col, sus ou sous-vaginale, le corps gardant les proportions normales. Je ne m'en occuperai pas ici.

L'*hypertrophie générale de la matrice* est plus rare. M. Courty, dans son excellent ouvrage, donne une bonne idée de cet état pathologique, lorsqu'il dit : « La matrice se présente sous son aspect ordinaire, mais plus volumineuse; on dirait une matrice appartenant à une femme de dimensions colossales. »

Pour M. Courty, l'hypertrophie est toujours un état acquis, résultant d'un acte morbide, d'une exagération de la nutrition normale, et non d'une disposition native.

L'hypertrophie utérine peut donc provenir d'un excès de développement congénital. C'est cet état que Kiwish appelle *hypertrophie primitive*. Laissant de côté cette variété, qui constitue plutôt un fait tératologique, nous pensons, avec M. Courty, que l'hypertrophie de l'utérus doit être divisée en *essentielle* et en *symptomatique*.

La première espèce, ou *hypertrophie essentielle*, reconnaît, sans doute pour cause les congestions répétées de l'utérus; mais il faut bien invoquer une dispostion spéciale de l'organe, puisque cet état est rare, eu égard à la fréquence des congestions.

Une autre cause, est le défaut d'évolution rétrograde que la matrice subit d'ordinaire à la suite de l'accouchement, état décrit par Simpson, qui le considère comme assez fréquent.

L'utérus, ayant subi pendant la grossesse une hypertrophie générale de tous les éléments anatomiques, conserve un volume anormal après l'accouchement, par suite d'un arrêt de l'absorption de ces éléments nouveaux, qui, de transitoires, deviennent ainsi définitifs.

L'hypertrophie symptomatique est intimement liée à la présence dans l'utérus d'autres états morbides, tels que polypes, corps fibreux.

Ces quelques considérations vont permettre de mieux saisir les particularités du fait suivant.

Le 5 mars 1868, la nommée J... (Catherine), âgée de 47 ans, se présentait à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine pour se faire soigner de pertes utérines qu'elle éprouvait depuis quelques jours.

Le toucher, pratiqué immédiatement, me permit de constater une dilatation du col, de la dimension d'une pièce de 1 franc, et la présence d'une production morbide remplissant entièrement cet orifice. Je crus à un commencement d'expulsion spontanée d'un corps fibreux, et reçus cette malade dans la salle Sainte-Madeleine, nº 10. Le lendemain, matin, je constatai ce qui suit :

L'état général est peu satisfaisant; car, depuis plusieurs jours, les pertes utérines sont continues. La teinte de la peau est jaune, presque cachectique, et les forces épuisées. L'attention est particulièrement attirée sur l'état de la cavité abdominale. Les parois très-minces de cette cavité permettent de sentir aisément une tumeur occupant tout l'hypogastre, la région ombilicale, une partie de l'épigastre et se prolongeant latéralement dans les fosses iliaques. Le ventre rappelle celui d'une femme enceinte de sept mois environ. Cette tumeur est très-dure, parfaitement lisse sur toute son étendue et d'une mobilité extrême dans la cavité abdominale, où elle est en quelque sorte flottante. A l'aide du toucher, on constate la dilatation du col dont j'ai déjà parlé, ainsi que la production qui le remplit. L'utérus n'est pas abaissé.

C'est bien cet organe qui remplit la cavité abdominale; car le plus petit mouvement provoqué par le palper hypogastrique est transmis au col. Ces explorations ne sont nullement douloureuses. La malade

perdant abondamment, je ne crus pas devoir compléter le diagnostic à l'aide du cathétérisme utérin.

J'appris que le début remontait à une quinzaine d'années environ, et que depuis cette époque apparaissaient les pertes périodiques, plus ou moins abondantes, qui avaient contraint, à plusieurs reprises, la malade à un repos absolu. Cependant, la perte actuelle dépassait, en quantité, les pertes précédentes. Un renseignement, sur lequel j'appelle spécialement l'attention, nous étonna au plus haut point. La tumeur, d'après la malade, fort intelligente, du reste, est soumise à des variations périodiques dans son volume. Elle arrive au degré où on la voit aujourd'hui, puis elle diminue, descend peu à peu, arrive au pubis, pour devenir à peine appréciable à la vue et au toucher. Dans les premières années, il ne restait même absolument aucune trace de gonflement. J'avoue qu'en considérant la dureté excessive de l'utérus, je ne crus pas à ce récit, et pour m'assurer de sa véracité, je traçai tous les jours une ligne exacte de démarcation sur la paroi abdominale avec un crayon de nitrate d'argent. Il fallut bien les jours suivants convenir que la malade avait raison; car les courbes devinrent de plus en plus concentriques, et nous pûmes finalement constater une diminution d'à peu près les deux tiers. Pendant ce temps, les pertes continuaient, et la malade, devenant de plus en plus anémique, exécutait à peine quelques mouvements dans son lit. Enfin, après dix jours environ de séjour à l'hôpital, le sang cessa de couler, et la malade nous annonça que nous allions voir sa tumeur augmenter de nouveau, en même temps que sa santé générale s'améliorerait sensiblement. C'est ce qui arriva en effet rapidement; car l'utérus mit, pour reprendre son volume primitif, une durée bien moindre que celle qu'il avait mise à décroître. Bref, l'examen attentif et prolongé de cette malade nous conduisit à cette certitude : tous les mois, à l'époque des règles, survenaient des pertes plus ou moins abondantes, accompagnées de malaise général, d'affaiblissement extrême, et *pendant ce temps la tumeur abdominale diminuait*. Les pertes disparues, la santé redevenait satisfaisante, et *la tumeur augmentait*.

Plus d'un mois après l'entrée de la malade à l'hôpital, le toucher vaginal donnait le même résultat qu'au début. La dilatation du col n'avait pas varié, non plus que la partie qui y était engagée. Du reste, il n'y avait jamais eu de douleurs expulsives.

Mon diagnostic avait été : corps fibreux de l'utérus. Il me manquait toutefois la notion importante fournie par le cathétérisme utérin, que je n'osais pratiquer durant les pertes et que la malade aurait difficilement accepté pendant sa période de bien-être.

Sans expliquer les oscillations si singulières de la tumeur, différentes hypothèses furent émises. Suivant les uns, le sang s'épanchait dans les cavités kystiques et se déversait au dehors. Suivant d'autres, le sang s'épanchait peu à peu entre la paroi utérine et la tumeur elle-même. Mais ces hypothèses ne pouvaient pas être exactes. Puisque, en effet, l'amélioration de la santé coïncidait avec l'augmentation de la tumeur, c'est que le sang ne sortait pas des vaisseaux, sans quoi la malade aurait éprouvé les symptômes d'une hémorragie interne. Les variations de la tumeur dépendaient évidemment de phénomènes congestifs. Mais où se faisait cette congestion? dans le corps fibreux sans doute. De ces différentes hypothèses, aucune n'était vraie.

Mon collègue M. Laboulbène, auquel je fis part de ce cas remarquable, voulut bien prendre la malade dans son service, afin d'étudier par lui-même les phénomènes que j'ai signalés. Il la garda plusieurs mois dans ses salles, et constata aussi les variations périodiques de la tumeur.

Cependant, la malade s'affaiblissait de plus en plus, la période réparatrice diminuant à l'avantage de la période des pertes. Elle demandait instamment une opération quelconque, qui la débarrassât, et M. Laboulbène réclamait également l'intervention de la chirurgie. J'avoue que l'obscurité du diagnostic éloignait de moi la pensée d'agir activement.

La malade étant rentrée dans mon service le 22 septembre, j'attendis la bonne période, et le 13 octobre, je pratiquai, pour la première fois, le cathétérisme utérin, assisté de M. Laboulbène. Une sonde en gomme élastique, munie d'un mandrin, aisément introduite entre la lèvre du col et la tumeur qui y était incluse, fut portée à une profondeur de 10 à 12 centimètres environ dans la cavité utérine et put décrire une demi-circonférence autour du prolongement cervical. Nous en conclûmes que si le corps fibreux était adhérent sur certains points, il était au moins libre sur une grande partie de sa surface; conclusion aussi peu exacte que le diagnostic lui-même. Je signalerai dans un instant la cause d'erreur.

L'extirpation par le vagin était irréalisable, dans l'hypothèse d'un corps fibreux ordinaire. Comment, en effet, faire sortir par les voies naturelles une tumeur dure, remontant, à trois travers de doigts, au-dessus de l'ombilic? L'extirpation par la cavité abdominale n'était pas plus rationnelle, puisque la tumeur ne proéminait pas vers le péritoine, mais au contraire était engagée dans le col utérin.

Une seule hypothèse pouvait autoriser l'intervention chirurgicale, c'est la suivante : puisque la tumeur subissait des oscillations con-

sidérables dans son volume, puisque, selon moi, ces oscillations étaient dues à la congestion du corps fibreux, ou du moins du corps inclus, c'est que ce corps n'était pas, en réalité, aussi dur qu'il le paraissait au palper abdominal. Peut-être même n'était-ce pas un corps fibreux, mais bien une de ces tumeurs molles, vasculaires, grisâtres, de nature, épithélio-glandulaires, analogues à celles dont j'avais vu deux fois M. le professeur Gosselin faire l'extirpation. Dans cette hypothèse, la production morbide, quoique très-volumineuse, fortement saisie avec des érignes, pourrait sortir par le col et le vagin, comme à travers une filière.

C'est dans l'espoir de rencontrer une disposition semblable, que je me décidai à l'opération, pratiquée en présence de mes collègues de l'hôpiral Saint-Antoine, MM. Axenfeld, Laboulbène et Millard.

L'effacement complet du col et l'accollement de ses lèvres avec la tumeur en rendant la dilatation impossible, je fis quatre petits débridements sur son pourtour. L'étroitesse et la profondeur du vagin rendaient les manœuvres assez laborieuses, et j'eus quelque peine à fixer solidement une pince de museux sur la tumeur. Les tractions, aidées d'une forte pression sur l'abdomen, ne firent pas descendre l'utérus d'un millimètre. Le tissu se déchirait. Je pus, néanmoins, implanter, l'une au-dessus de l'autre, trois pinces de museux et faire une traction énergique; un morceau de la tumeur se détacha, et ce fut tout. Je renonçai à poursuivre, et la malade fut reportée dans son lit. Suites immédiates simples. Journée et nuit qui suivirent, très-bonnes. Ni douleur ni hémorrhagie. Cependant la malade, arrivée à la période extrême de l'anémie, s'éteignit le troisième jour, sans avoir éprouvé d'accidents.

Autopsie. Quelques anses intestinales présentaient l'aspect poisseux de la péritonite au début. Aucun épanchement dans le petit bassin.

J'enlevai la tumeur en totalité avec le vagin.

Les dimensions étaient les suivantes :

Diamètre vertical, 20 centimètres.

Diamètre transversal, 18 centimètres.

Diamètre antéro-postérieur, 10 centimètres.

Son poids était de 2 kilogrammes. Son volume total représentait environ celui d'une tête de jeune garçon de 8 à 10 ans.

La surface extérieure, de couleur gris-blanchâtre, était parfaitement lisse, sauf en deux endroits, où se trouvaient des corps fibreux : l'un pédiculé, du volume d'une noix ; l'autre sessile, du volume d'une noisette. Elle n'avait contracté d'adhérence qu'à sa partie supérieure, avec le grand épiploon.

Une coupe verticale, pratiquée sur toute la hauteur de la face antérieure, nous permit de constater, à notre grand étonnement, que cette masse n'était autre chose que l'utérus hypertrophié.

De corps fibreux, il n'y en avait point, ou du moins le premier examen avec M. Laboulbène ne nous en fit pas découvrir. La portion engagée dans le col paraissait être une dépendance de la paroi latérale droite de l'utérus, une prolongation du tissu utérin lui-même. Mais en examinant plus tard en détail, et surtout en faisant une coupe sur cette espèce de champignon engagé dans le col, il fut aisé de constater la présence d'un véritable corps fibreux, ayant le volume et la forme d'un œuf de poule à grosse extrémité dirigée en haut et recouverte par les fibres de l'utérus, à petite extrémité engagée dans le col. La coupe permit encore de voir qu'il n'avait, par sa grosse extrémité, aucune connexion avec le tissu de l'utérus dont il était séparé par une surface séreuse.

La pièce présentait donc deux états morbides distincts : un utérus énormément hypertrophié et un petit corps fibreux engagé dans le col.

Nous trouvâmes, au premier coup d'œil, en examinant la coupe de la paroi utérine, l'explication du phénomène qui nous avait tant intrigués; je veux parler des variations périodiques dans le volume de la tumeur. Le tissu de l'utérus était traversé par des canaux multipliés à l'infini, dont quelques-unes avaient bien un centimètre de diamètre; c'était un véritable tissu spongieux.

En même temps que les parois utérines étaient hypertrophiées, la cavité était agrandie; c'était donc une hypertrophie excentrique.

Les dimensions étaient les suivantes :

Épaisseur de la paroi antérieure, 5 centimètres.

Épaisseur de la paroi latérale, 7 centimètres.

Épaisseur du fond de l'utérus, 8 centimètres.

Hauteur de la cavité utérine, 12 centimètres.

Cet agrandissement de la cavité utérine, joint à la présence d'un corps fibreux dans le col, explique, je pense, la notion inexacte que nous avait fournie le cathétérisme.

J'ai fait à l'amphithéâtre des hôpitaux, avec M. Ducoudray, un certain nombre de préparations microscopiques, qui nous ont démontré que le tissu de cet utérus était entièrement composé de fibres musculaires lisses. Le corps fibreux contenait quelques fibres musculaires de même nature; mais un beaucoup plus grand nombre d'éléments fibro-plastiques.

Cette observation me paraît offrir un grand intérêt, à divers points

de vue. J'ai dit en commençant que l'hypertrophie générale de l'utérus se divisait en essentielle et en symptomatique. A laquelle des deux espèces avons-nous affaire ici? Si l'on se tient à la définition que j'en ai donnée, il n'est pas douteux qu'on doive classer ce fait parmi les hypertrophies symptomatiques, puisqu'il existe un corps fibreux dans la cavité utérine. Toutefois, en examinant la pièce, en considérant ce petit corps fibreux et cet énorme utérus, on est étonné que le premier ait pu provoquer le développement du second; je n'en suis pas, pour mon compte, parfaitement convaincu, et je pense que d'autres observations seraient nécessaires pour faire admettre autre chose qu'une coïncidence. Cette hypertrophie symptomatique se concevrait plus aisément si l'utérus avait tenté de vains efforts, pendant de longues années, pour chasser ce corps étranger; mais j'ai déjà dit que la malade n'avait jamais éprouvé de douleurs expulsives.

L'hypothèse d'une hypertrophie par arrêt d'évolution rétrograde, telle que l'a décrite Simpson, ne pouvait pas être émise, car la malade n'avait jamais eu d'enfant.

Nous nous sommes trouvés en présence d'un symptôme fort insolite, l'augmentation et la diminution périodiques de la tumeur. Les auteurs qui traitent de l'hypertrophie utérine n'ont pas noté ce signe. Il serait d'une haute utilité de savoir s'il est constant dans les cas de ce genre, puisqu'il donnerait au diagnostic une grande precision. Les fibrômes étant très-peu vasculaires et par conséquent incapables de produire ces variations de volume, on pourrait peut-être, lorsqu'il y a coïncidence d'une hypertrophie et d'un corps fibreux, reconnaître ce qui revient à l'un et à l'autre de ces états morbides, par la différence de volume de la tumeur, avant et après la période de congestion.

La thérapeutique chirurgicale tirerait, certes, un grand bénéfice de la notion plus rigoureuse du diagnostic.

DISCUSSION

M. Desprès. J'ai observé à l'hôpital de Lourcine deux malades qui ont présenté les mêmes phénomènes que M. Tillaux a remarqués chez la sienne. J'avais d'abord pensé à l'existence de corps fibreux, qui avaient diminué considérablement de volume, comme dans le cas signalé par M. Béhier à la Société de médecine des hôpitaux. J'abandonnai bientôt cette manière de voir, et je pus me convaincre qu'il s'agissait de rétention du sang dans l'utérus, par suite de la déviation de cet organe.

Une de mes malades, après une époque prolongée, vit disparaître la tumeur; on ne sentait plus rien au niveau de l'hypogastre.

Deux mois après, il était de nouveau facile de sentir une tumeur grosse comme le poing; puis un mois plus tard, tout avait de nouveau disparu, et la malade quittait l'hôpital, ayant un utérus parfaitement normal.

Dans le deuxième cas, il existait une antéflexion de l'utérus. L'utérus avait doublé de volume, les souffrances étaient très-vives. Au bout de deux jours, le sang, en partie coagulé, sortit tout d'un coup. Et tout rentra dans l'ordre.

En me rappelant les travaux de M. Puech, et en comparant le fait de M. Tillaux avec ceux qui ont été cités par ce médecin, je pense qu'il s'agit là d'un cas d'hypertrophie de l'utérus, développée par suite de l'écoulement incomplet des règles. L'écoulement était rendu difficile, à cause de l'existence d'un corps fibreux au niveau de l'union du col avec le corps.

A chaque époque, l'utérus était obligé de se contracter violemment pour chasser le sang; de là est venue l'hypertrophie de ses fibres. Plus tard est arrivée une période où l'écoulement sanguin a été très-abondant; car cet écoulement était constitué par le sang des règles accumulé dans l'utérus, et par le sang qui s'écoulait sous l'influence d'un corps fibreux développé dans l'épaisseur de la paroi utérine.

M. Guéniot. Dans l'observation de M. Tillaux, il y a deux faits importants à noter : 1° l'hypertrophie du tissu utérin; 2° les modifications alternatives survenant dans le volume de l'utérus.

Il faut d'abord remarquer que cette hypertrophie est très-considérable. L'utérus pesait 2,000 grammes, et dans la moyenne des cas d'hypertrophie, il ne dépasse pas 800 a 1,000 grammes.

Relativement à la cause productrice de l'hypertrophie, je dois faire observer qu'il existe une disproportion très-grande entre cette hypertrophie et le volume du corps fibreux, de sorte que je ne pense pas qu'on puisse rattacher l'hypertrophie à la présence du corps fibreux. Il me paraît légitime d'admettre là une cause que, il faut bien l'avouer, nous ne pouvons encore préciser.

M. Després pense que les efforts de contraction de la matrice à l'époque de la période menstruelle suffiraient pour expliquer ce développement anormal. Je ne pense pas qu'on puisse invoquer une pareille raison, car les règles coulaient et la tumeur fibreuse n'obstruait pas le canal cervical.

Le second point, celui qui est relatif aux modifications alternatives

qui survenaient dans le volume de l'utérus, à l'époque de la menstruation, est très-intéressant, à propos de la question d'influence que peut avoir la présence du corps fibreux sur la grossesse.

MM. Guyon et Bailly ont fait connaître à la Société des cas analogues.

Les femmes qu'ils avaient observées présentaient une augmentation de l'utérus à chaque période menstruelle. La matrice renfermait un petit corps fibreux. Lorsque la période menstruelle était terminée, la matrice diminuait notablement de volume.

M. Guyon a interprété ces changements de volume de la manière suivante. Il a cru à l'augmentation du corps fibreux sous l'influence de la menstruation.

J'ai cru pouvoir répondre à M. Guyon que ces faits ne devaient pas être interprétés de cette façon. Je pense que l'on doit rapporter l'augmentation de volume au tissu utérin lui-même qui, peut-être déjà, avait acquis un certain degré de développement par suite de l'exis-d'un corps fibreux.

Je crois que les faits de MM. Guyon et Bailly doivant être interprétés de cette façon, et le fait de M. Tillaux me paraît donner, à cette manière de voir, une confirmation pleine et entière. Il est évident que, dans ce dernier cas, le changement de volume était bien dû au tissu utérin.

Je ne pense donc pas qu'on soit autorisé à admettre d'après ces faits que les corps fibreux se ramollissent et augmentent de volume pendant les époques menstruelles.

M. Desormeaux. Le fait rapporté par M. Tillaux me rappelle un cas que j'ai observé, il y a longtemps, avec Chomel. Il s'agissait d'une dame chez laquelle on sentait une tumeur considérable, qui apparaissait au niveau du bas-ventre à l'époque menstruelle. Puis une hémorrhagie se déclarait, elle était abondante et souvent suivie de syncope. La tumeur disparaissait, et le mois suivant, on observait la même succession de phénomènes.

Cette dame a guéri après plusieurs années.

J'ai eu occasion d'observer plusieurs corps fibreux considérables, qui ont eu l'air de diminuer très-notablement; mais je crois, avec M. Guéniot, que c'est bien plutôt l'utérus hypertrophié qui a diminué de volume que le corps fibreux lui-même. L'accroissement temporaire est dû à la congestion et quelquefois à l'inflammation de la matrice.

Dans certains cas, l'on peut croire à la diminution d'une tumeur fibreuse, parce que celle-ci s'est enfoncée dans le petit bassin et est moins accessible aux moyens d'exploration.

M. Trélat. Je crois que les observations de MM. Désormeaux et Després n'ont qu'un rapport éloigné avec le fait qui nous a été présenté.

M. Després, pour expliquer l'hypertrophie, a signalé une cause qui est bien réelle. Chaque fois, a-t-il dit, que l'ouverture d'un réservoir est rétréci, les parois de ce réservoir s'hypertrophient. Oui, ceci est vrai; mais ce n'est pas applicable au cas de M. Tillaux.

Chez la malade de M. Tillaux, il n'y a jamais eu d'accidents de rétention, ni rétention véritable.

Je dis, d'autant plus volontiers, que cette explication n'est pas valable pour les cas de ce genre, que j'ai eu l'occasion d'observer trois cas remarquables d'hypertrophie de l'utérus, et dans aucun d'eux, on ne pouvait invoquer une pareille étiologie.

Dans un de ces cas, la malade avait été reçue dans le service de M. Nélaton, dont j'étais alors l'interne. Le diagnostic était très-difficile, et M. Nélaton avait prié plusieurs confrères, entre autres M. Paul Dubois, d'examiner la malade.

M. Dubois penchait vers l'existence d'une grossesse; mais M. Nélaton s'éloignait de cette idée.

La malade succomba après deux mois de séjour dans le service, et l'on put constater quelle était la veritable lésion.

Il n'y avait pas traces de corps fibreux; mais il existait une véritable hypertrophie qui portait presque exclusivement sur la paroi postérieure de la matrice.

J'ai observé deux autres cas qui me permettent de dire qu'il existe des hpyertrophies en dehors de la grossesse. J'ai enlevé avec M. Axenfeld une tumeur hypertrophique énorme du col utérin. J'en ai enlevé une autre moins considérable.

Dans le fait de M. Tillaux, il faut le remarquer, l'hypertrophie était générale, non limitée à un point, comme dans la plupart des cas.

Je me résume en disant que l'on ne peut accepter l'hypothèse physiologique proposée par M. Després, et qu'il faut bien reconnaître que dans ces cas il s'agit d'une hypertrophie datant généralement de loin et développée sous l'influence de causes qui nous échappent encore.

M. Després. Si j'avais des pièces pathologiques, sur lesquelles je montrerais le sang retenu dans l'utérus, mon hypothèse serait une réalité. Cependant, en considérant bien l'état de la malade de M. Tillaux, l'état de la pièce, et surtout en les comparant avec ce qui se passe pour d'autres malades atteints de rétrécissement arrêtant l'écoulement des liquides normaux, on arrive à la conclusion que dans ce cas le sang ne s'écoulait pas normalement.

MM. Trélat et Guéniot disent qu'il n'y avait pas de rétention du sang, puisqu'il s'écoulait du sang et même des caillots. Mais ces caillots mêmes sont une preuve de la rétention du sang dans l'utérus. Quand j'examine, en effet, des malades au spéculum, pendant qu'elles ont une perte, je vois quelquefois sortir des caillots par le col. Il suffit d'ailleurs que l'on ait vu la matrice augmenter, puis diminuer, et que la diminution coïncidât avec une perte de sang, pour qu'on admette une rétention.

A un autre égard, la rétention complète du sang des règles dans les antécédents de la malade n'est pas nécessaire. La malade peut avoir eu ses règles pendant les premiers jours *par regorgement*, puis progressivement, la résistance étant vaincue, les règles coulaient. Alors l'hypertrophie de l'utérus s'explique comme l'hypertrophie de la vessie, qui existe chez des individus qui ont un rétrécissement de l'urèthre, sans avoir jamais eu de rétention complète d'urine.

M. Guyon. Je désire faire une petite rectification à ce que vient de dire M. Guéniot. La tumeur fibreuse, dont j'ai entretenu la Société, n'était plus fort petite, mais au contraire fort volumineuse.

Je trouve l'interprétation donnée par M. Guéniot, pour expliquer l'accroissement de volume, aux époques menstruelles, fort logique, cependant, je crois avoir bien constaté que c'était la tumeur fibreuse elle-même qui augmentait de volume et non la matrice.

Les cas d'hypertrophie cités par M. Tillaux, par M. Trélat, ne viennent pas à l'appui de la manière de voir de M. Guéniot, ils sont parfaitement indépendants de l'existence d'un corps fibreux.

M. Després vient de dire que dans les faits qu'il a observés, il existait bien réellement une rétention des menstrues, et il a attribué cette rétention à un rétrécissement qui existait à la jonction du col et du corps de l'utérus. Mais ce rétrécissement, il ne l'a pas démontré.

J'ai observé un grand nombre d'utérus, eh bien! je dis que cette atrésie est excessivement rare. Je n'ai rencontré les rétrécissements de l'isthme de l'utérus que trois fois sur le cadavre et, en même temps, il existait une déviation. C'était, dans tous les cas, une rétro-flexion avec latéro-flexion, c'est-à-dire une véritable torsion du col; mais je n'ai jamais vu d'antéflexion compliquée de rétrécissement. Cette déviation ne peut jamais aller assez loin pour empêcher la cavité du corps de communiquer librement avec celle du col, ou du moins pour produire un rétrécissement permanent.

M. Demarquay. J'ai eu occasion d'observer dernièrement une hypertrophie considérable de l'utérus, compliquée de kyste dans l'épaisseur de la paroi utérine, sans que j'aie pu trouver l'épine. le corps

fibreux qui aurait été le point de départ de cette hypertrophie.

Dans mon service, entra, il y a quelque temps une dame de 40 ans, vierge, qui me fut envoyée pour subir l'opération de l'ovariotomie. J'examinai la malade, je constatai l'existence d'une tumeur ovalaire, volumineuse, qui remplissait une grande partie de l'abdomen. Les règles avaient toujours été régulières, mais la santé était notablement modifiée.

Je fis une ponction et je retirai six litres de liquide.

D'autres confrères avaient vu la malade et tout le monde avait admis l'existence d'un kyste de l'ovaire.

Je pratiquai l'opération en faisant l'incision de l'abdomen sur la ligne médiane; une première ponction avec un gros trocart n'amena que du sang; une seconde ponction fit sortir une certaine quantité de liquide, mais la tumeur ne perdit pas notablement de son volume; je fus obligé d'agrandir l'incision de l'abdomen, et je constatai que j'avais affaire à un utérus considérablement hypertrophié. Je terminai néanmoins l'opération.

M. Depaul. Il y a un point qui a été soulevé dans cette discussion, c'est celui relatif à la réalité de l'hypertrophie de la matrice, en dehors de la grossesse. J'ai écouté avec plaisir les faits relatés par M. Trélat, parce qu'il y a quelques années encore, on professait que ces hypertrophies ne pouvaient exister. J'ai été élevé dans ces idées; mais, plus tard, il m'a bien fallu me rendre à l'évidence des faits.

Pour prouver que cette hypertrophie peut s'observer dans quelques circonstances assez particulières, je ne citerai qu'un seul exemple.

Il y a quelques années, je fus appelé à voir une jeune femme, âgée de 24 ans environ, qui était accouchée depuis six mois.

Elle souffrait dans le ventre, ne pouvait pas marcher et perdait en blanc.

La palpation à travers la paroi abdominale laissait constater l'existence d'une tumeur médiane, allongée, et je crus que j'avais sous les yeux un utérus distendu par un produit de conception. Le col était un peu plus gros que dans l'état normal, il était un peu plus béant.

Cette dame était nourrice, et cette circonstance a une très-grande importance. Depuis cette première observation, en effet, j'ai vu plusieurs fois des hypertrophies de la matrice pendant la nourriture; aussi il reste, pour moi, bien établi que l'allaitement ne contribue, en aucune façon, à hâter le retour de la matrice à son état normal.

Je demandai à cette dame si elle pensait être enceinte; elle me ré-

pondit que cela était impossible, et j'avais toutes raisons de croire à la véracité de ses paroles.

Cependant l'utérus était bien volumineux comme dans une grossesse de quatre mois et demi à cinq mois. Cette dame n'avait pas eu ses règles depuis le commencement de sa première grossesse.

L'idée me vint de juger la question à l'aide du cathétérisme utérin, dont je ne me sers jamais qu'avec une extrême réserve. Au bout de trois ou quatre jours, je revins voir cette dame et je trouvai les choses dans le même état. J'introduisis alors la sonde utérine et je la fis pénétrer facilement à plus de 10 centimètres.

Il s'agissait là d'une véritable hypertrophie comme celle qui accompagne la grossesse; il y avait épaississement des parois et élargissement de la cavité.

Je dis à cette malade qu'elle devait cesser d'allaiter son enfant; puis je la soumis au repos et j'employai quelques moyens résolutifs auxquels j'attachais une médiocre importance.

A partir de ce moment, je vis la matrice revenir sur elle-même, comme chez une femme nouvellement accouchée; mais le retrait se fit plus lentement.

Les règles se rétablirent, la malade est devenue enceinte depuis, je l'ai accouchée, et après ce nouvel accouchement, l'utérus a repris ses dimensions habituelles dans le temps normal.

Quant à ce qui est des hypertrophies partielles, elles sont très-nombreuses. Celles qui existent au niveau de la paroi postérieure de l'utérus sont surtout très-fréquentes.

COMMISSION DU PRIX DUVAL.

La Société procède à l'élection de cinq membres chargés d'examiner les thèses qui ont été adressées à la Société par le concours du *prix Duval*.

Cette commission sera composée de MM. Cruveilhier fils, Marc Sée, Guéniot, Duplay et Tarnier.

COMMUNICATION.

MM. Legros et Onimus communiquent un mémoire intitulé : *Moyen de combattre les accidents dus au chloroforme par les courants électriques continus.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Liégeois et Paulet.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Demarquay présente un malade auquel il a pratiqué la *trachéotomie pour une tumeur syphilitique du cou.*

M. Tillaux. J'ai fait une opération analogue sur un jeune homme qui avait des accidents syphilitiques et chez lequel il survint un œdème des cordes vocales.

Ce malade a guéri, mais il a conservé très-longtemps la canule.

PÉSENTATION DE PIÈCE.

M. Désormeaux présente une pièce de *spina-ventosa* du péroné, au sujet de laquelle il communique l'observation suivante, recueillie par M. Bloch, interne dans son service.

Spina-ventosa du péroné.

La nommée B... (F.), âgée de 36 ans, entre à l'hôpital Necker, le 4 novembre 1868, salle Sainte-Marie, nº 13, pour une tumeur de la jambe droite.

La malade a commencé, au mois de mars 1866, à ressentir de vives douleurs, sous forme d'élancements, à la partie supérieure et externe de la jambe droite. Au mois d'août suivant, la malade découvrit, dans le point douloureux, une tumeur dure, du volume d'une noisette. Il résulte des détails qu'on obtient de la malade que cette tumeur avait son siége au tiers supérieur du péroné. Cette tumeur fit peu de progrès jusqu'au mois de mars 1868. Dans cette intervalle, la malade devint enceinte, et, pendant toute la durée de la grossesse (du mois d'avril 1867 au 4 janvier 1868), la tumeur, qui jusque-là était le siége de vives douleurs, devint complétement indolente et resta stationnaire. Ce ne fut que deux mois après l'accouchement, au mois de mars 1868, que la tumeur augmenta d'une manière évidente et redevint douloureuse.

Le 27 mai 1868, la malade se présenta à la consultation; mais ne voulut pas entrer à l'hôpital. A ce moment, la tumeur avait déjà acquis un volume considérable; la peau qui la recouvrait était saine; elle n'était pas douloureuse à la pression; mais elle était, par moments, le siége d'élancements, de pincements, de tiraillements extrêmement douloureux, surtout pendant la nuit.

Le volume de la tumeur augmentant rapidement, la malade se décide à entrer à l'hôpital, le 4 novembre 1868.

A ce moment, la tumeur occupe presque toute la circonférence du

membre, ne laissant libre que le tibia, et faisant saillie surtout dans la région externe et postérieure. La peau qui la recouvre présente des plaques violacées, sillonnées par des capillaires dilatés. Les veines cutanées, sont également le siége d'une dilatation considérable, qui s'étend assez loin dans les régions voisines. Cette dilatation date du mois d'août dernier. La consistance de cette tumeur est presque partout élastique, excepté dans le point le plus saillant, où elle offre une mollesse qui donne presque la sensation de fluctuation.

Dans différents points, on trouve à sa surface des plaques d'une dureté osseuse. Elle n'est pas douloureuse à la pression; mais elle est le siége de violentes douleurs spontanées. Elle s'étend de haut en bas, depuis l'angle inférieur du creux poplité jusqu'au niveau de la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur de la jambe. Son volume entier peut être comparé à celui d'une tête d'adulte. On peut assez facilement isoler par le toucher les bords antérieur et interne du tibia, qui ne paraît pas participer à la lésion. Les ganglions du creux proplité et du pli de l'aine sont sains.

Depuis plusieurs mois, la malade avait le pied engourdi et presque paralysé, au point de ne plus sentir le sol en marchant. Deux mois avant l'entrée à l'hôpital, la marche devint complétement impossible.

Depuis le mois d'août, la malade a subi un amaigrissement considérable; l'appétit s'est pourtant conservé. La face est pâle, mais n'offre pas la teinte caractéristique de la cachexie cancéreuse. Dans le deux derniers mois,il y a eu de fréquents accès de fièvre, surtout le soir.

Comme antécédents, la malade a eu la fièvre typhoïde à 21 ans, et a fait, en 1853, une chute sur la jambe droite; mais il n'en est pas résulté de fracture, et la marche n'a pas été interrompue; il n'en est résulté aucune douleur persistante.

Du 4 au 10 novembre, la tumeur augmente rapidement de volume; son diamètre horizontal s'accroît de deux centimètres, et son extrémité supérieure s'élève en arrière, jusqu'au niveau de la ligne interarticulaire.

On diagnostique un *spina-ventosa* de nature colloïde ou fibro-plastique.

En raison de l'accroissement rapide de la tumeur, il n'était pas possible de retarder l'opération sans s'exposer à amputer le membre dans un point plus élevé, et M. Desormeaux pratique l'amputation de la cuisse au tiers inférieur, le 10 novembre 1868.

Examen de la tumeur.

La jambe fut disséquée le même jour.

Afin de conserver exactement les rapports de la tumeur avec le tibia

et le péroné, on en fit la section oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans, en sorte que les os de la jambe furent sciés tous les deux verticalement en deux parties à peu près égales. Au moyen de cette section, on remarque que le péroné a été primitivement envahi, car toute la moitié supérieure est détruite. Il reste cependant à la partie supérieure une portion osseuse, qui semble être la tête du péroné, ayant subi une augmentation de volume.

La tumeur adhère au tibia; mais elle peut facilement en être séparée; puis en se reportant en arrière, elle refoule les muscles, ainsi que cela se constate par la dissection. La tumeur est dure et présente des incrustations calcaires dans sa partie profonde, du côté du tibia ; mais à la superficie, elle est ramollie dans une étendue peu considérable, ainsi qu'on l'avait déjà remarqué avant l'amputation.

Les incrustations calcaires de la partie dure se sentent nettement au toucher et encore mieux lorsqu'on y introduit la pointe du bistouri. Les portions dures que l'on sentait à travers la peau sont pour la plupart des portions de la tumeur renfermant une plus grande quantité de sels calcaires. Nous avons examiné au microscope diverses parties de la tumeur, et nous y avons trouvé tous les éléments qui caractérisent une tumeur fibro-plastique.

En même temps, nous avons fait prier le docteur Ranvier de vouloir bien examiner plusieurs parties de la tumeur, et cet histologiste a étudié des parties dures et des parties molles de la tumeur, ainsi que différentes rondelles osseuses du tibia et du péroné avec le tissu qui y adhérait. Voici la note qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer :

Dans les fragments qui nous ont été apportés, on reconnaît l'existence d'un tissu formé par des cellules fusiformes, réunies de manière à constituer des faisceaux qui s'entrecroisent suivant différentes directions; au milieu de ce tissu, existe de l'infiltration calcaire sous forme de traînées ou d'aiguilles

On constate aussi l'existence de quelques îlots cartilagineux peu étendus, qui subissent eux-mêmes presque tous l'infiltration calcaire.

Les fragments osseux du tibia et du péroné sont infiltrés d'un tissu en tout semblable aux masses périphériques.

Sarcôme fasciculé du périoste et du peroné infiltré de sels calcaires, avec petits îlots cartilagineux, reconnaissant pour cause une fracture ?

Synonymie. — Tumeur fibro-plastique. Sarcôme fibroïde recurring de Paget.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— L'*Art dentaire*.

— Le *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille*.

— Le premier fascicule du tome VII des *Mémoires des concours et des savants étrangers de l'Académie royale de médecine de Belgique*.

M. Monteils (de Mende), membre correspondant, adresse à la Société plusieurs observations intéressantes.

I. **Cancer de la verge.** — L'amputation de la verge a été faite en un seul temps avec un couteau à amputation. Puis, le chirurgien a incisé l'urèthre à sa partie inférieure, a renversé la muqueuse et l'a maintenue par deux points de suture. Le résultat de cette opération a été très-satisfaisant.

II. **Cancer à marche aiguë.** — M. Monteils fait connaître deux cas de cancer à marche très-rapide.

L'un des malades était affecté de cancer cutané de la joue, de l'aile du nez et de la paupière inférieure du côté gauche. L'autoplastie par déplacement d'un lambeau frontal fut pratiquée. La guérison parut obtenue et se maintint pendant deux mois. Au bout de ce temps la récidive eût lieu dans le globe oculaire et la mort arriva très-rapidement.

Chez un autre malade, il s'agissait d'un cancer épithélial de la langue. La cautérisation avait été employée plusieurs fois infructueusement. M. Monteils enleva la tumeur à l'aide de l'écraseur linéaire. La guérison parut certaine pendant deux mois; mais bientôt la récidive avait lieu dans les ganglions sous-maxillaires du côté gauche, et le malade mourait rapidement.

M. Monteils fait remarquer que, dans ces deux derniers cas, si l'on

retranche de la durée totale du mal la durée de temps de la guérison apparente, on trouve que le cancer épithélial de la face a été mortel au bout d'un an, et celui de la langue au bout de sept mois.

DISCUSSION.

Hypertrophie de l'utérus.

M. Tillaux. Je désire répondre en quelques mots aux observations qu'ont bien voulu faire plusieurs de mes collègues sur ma communication.

L'hypertrophie générale de l'utérus, que je vous ai présentée, soulève, à mon avis, trois questions :

1° M'adressant à nos collègues qui s'occupent plus spécialement d'accouchements et de maladies utérines, je leur ai demandé si l'hypertrophie générale de l'utérus, portant sur le corps et le col, ne constituait pas, en dehors de la grossesse, une lésion extrêmement rare;

2° Faut-il ranger ce fait parmi les hypertrophies symptomatiques, puisqu'il existait, en même temps que l'hypertrophie, un corps fibreux inclus dans une des lèvres du col, ou bien n'y a-t-il là qu'une coïncidence; devons-nous conclure à une hypertrophie essentielle?

3° Le symptôme qui nous a si vivement frappé, c'est-à-dire la variation périodique dans le volume de la tumeur, peut-il être considéré comme spécial à l'hypertrophie utérine?

Ces diverses questions ne me paraissent pas avoir été résolues dans la dernière séance. M. Després a donné de la pathogénie et de la symptomatologie de la tumeur une explication qui n'est pas acceptable.

Pour lui, les choses se seraient passées de la manière suivante : le corps fibreux bouchait l'orifice de l'utérus et formait obstacle à l'écoulement des règles, qui, à chaque époque menstruelle, s'accumulaient dans la cavité utérine, la matrice, se contractant fortement pour vaincre cet obstacle, a fini par s'hypertrophier.

Il explique ainsi et les variations périodiques dans le volume et l'hypertrophie, qui est pour notre collègue symptomatique de la rétention du sang menstruel dans la cavité utérine.

Un certain nombre de raisons m'empêchent d'admettre cette explication.

Et d'abord, le sang coulait très-facilement, trop facilement même, puisque la malade avait des pertes abondantes.

Le corps fibreux oblitérait si peu l'orifice de la matrice, que j'ai pu, sans aucune difficulté, pratiquer le cathétérisme utérin avec une grosse sonde en gomme élastique.

La malade n'avait jamais éprouvé de douleurs expulsives, ce qui serait arrivé si l'utérus se fût péniblement débarrassé de son contenu.

L'hypothèse d'un épanchement de sang dans la cavité utérine ou dans une poche accidentelle avait été émise durant la vie de la malade et rejetée pour la raison suivante: c'est que l'augmentation de volume était telle, qu'il eût fallu un litre au moins de sang pour la produire. Or si une telle hémorrhagie eût eu lieu, la malade, loin d'éprouver une amélioration notable à ce moment, eût présenté les signes ordinaires des hémorrhagies internes.

J'ajoute que si le phénomène a été obscur durant la vie, il ne l'est plus en présence de la pièce anatomique.

L'utérus, traversé en tous sens par de gros sinus veineux, ressemble à une véritable éponge. Il ne peut y avoir doute pour ceux qui ont vu la pièce; les variations de volume étaient manifestement le résultat de la congestion utérine.

M. Després. Depuis la dernière séance, j'ai consulté les ouvrages des auteurs que j'avais cités. Dans le mémoire de M. Puech, j'ai lu l'observation d'une malade chez laquelle il existait une atrésie du col et un écoulement difficile des menstrues. L'incision du col fut pratiquée et la jeune fille se maria. Au bout de quelque temps, l'atrésie reparut, et avec elle les écoulements de sang plus ou moins incomplets. A la suite d'une troisième opération, la malade succomba, et M. Trumet de Fontarce put pratiquer l'autopsie. Il existait un rétrécissement notable à l'union du corps avec le col de l'utérus. On put constater l'existence de deux cavités, une grande au niveau du corps et une petite au niveau du col. Chez cette femme, l'utérus était notablement augmenté de volume.

Chez la malade dont je viens de retracer l'histoire, il existait un obstacle à la jonction du col avec le corps de l'utérus, et cette disposition s'observait aussi chez la malade de M. Tillaux; on comprend donc que chez cette dernière une hypertrophie se soit établie lentement, progressivement.

Je n'hésite pas à maintenir ma première opinion. Je voudrais savoir si la malade a présenté des règles douloureuses dès le jeune âge; s'il en avait été ainsi, on comprendrait facilement le développement lent et successif de l'hypertrophie.

M. Tillaux pense que le développement intermittent de l'utérus était dû à l'accumulation du sang dans les veines volumineuses qu'il nous a montrées; mais rien ne prouve ce qu'il avance.

Dans ce cas, l'hypertrophie a été due aux règles difficiles et à la présence du corps fibreux.

M. Chassaignac. Si j'avais eu l'honneur d'être consulté par M. Tillaux, pendant la vie de sa malade, j'aurais songé immédiatement à l'existence d'un corps fibreux. Dans le cas de corps fibreux, j'ai vu en effet quelques-uns de ces accidents de l'époque pré-menstruelle, et ces accidents embarrassent beaucoup les chirurgiens.

Une dame, qui était soumise à l'observation de notre regretté confrère le docteur Marcé, de Nantes, voyait survenir, dans la période qui précédait l'époque de ses règles, un développement considérable de l'utérus; puis, au bout de quelque temps, une perte abondante avait lieu, et tout rentrait ensuite dans l'état normal.

Ces phénomènes s'étant renouvelés à plusieurs reprises, la malade allait de mal en pis. Elle me fut alors adressée, et je fus témoin de l'une de ses crises. L'utérus devint gros, un peu douloureux, puis survint une perte abondante.

MM. Cruveilhier et Velpeau furent appelés en consultation. Le diagnostic ne fut pas précisé, et on résolut d'attendre une nouvelle crise. A la première période menstruelle, je pus introduire mon doigt dans l'utérus et sentir un corps fibreux, dont l'existence n'avait pas été soupçonnée.

Plus tard, le corps fibreux tomba en gangrène, fut éliminé par lambeaux et la malade guérit.

Les cas qui se rapprochent de celui-là et de celui de M. Tillaux sont encore trop rares pour que l'on ait la prétention d'en donner une description dogmatique.

Je crois qu'entre le fait de M. Tillaux et le mien, il y avait analogie, sous ce rapport que dans les deux cas, il existait un corps fibreux de l'utérus; mais le siége de ce corps fibreux était différent.

Je pense que, chez ma malade, il n'existait pas une hypertrophie pareille à celle que l'on a pu observer sur la pièce qui nous a été présentée par notre collègue.

Je ne puis me ranger à l'opinion défendue par M. Després. Pour expliquer le développement de l'hypertrophie, j'attache plus d'importance à la présence du corps fibreux qu'à la rétention des menstrues.

M. Guéniot. M. Després insiste tellement sur son opinion et je suis si peu disposé à l'admettre, que je veux encore vous soumettre quelques observations.

Je veux d'abord vous rappeler que l'hypertrophie que vous avez eue sous les yeux était en dehors de toute proportion avec ce que nous observons habituellement. Nous savons que l'utérus hypertrophié physiologiquement, au terme de la grossesse, pèse à peine 1,000 grammes, tandis que la matrice qui nous a été présentée pesait le double.

J'admets bien que s'il existait une hypertrophie légère, comme on le voit souvent à la suite du développement des corps fibreux, on pourrait accuser, pour l'expliquer, l'atrésie du canal cervical, la difficulté que le réservoir aurait à expulser son contenu; mais la disproportion qui existe entre l'hypertrophie et les causes invoquées pour son développement rendent cette manière de voir inadmissible.

M. Després paraît embarrassé pour expliquer l'augmentation considérable de la matrice qui précédait l'écoulement sanguin; il pense que la matrice diminuait parce que le sang s'écoulait au dehors. Il ne se passait là cependant qu'un phénomène physiologique, pour ainsi dire exagéré. A l'époque menstruelle la congestion de la matrice et de ses annexes n'arrive pas en même temps que l'écoulement sanguin. Celui-ci est pour ainsi dire critique, il correspond à l'époque où la congestion tend à diminuer.

M. Després pense que les veines énormes que nous avons eues sous les yeux n'étaient pas capables, même lorsqu'elles étaient distendues, de produire l'augmentation de volume de la matrice qui a été observé. Eh bien! je pense qu'un utérus dans l'état où se trouvait celui mis sous nos yeux par M. Tillaux peut parfaitement être assimilé à un tissu érectile; or l'on sait quelle disproportion, quant au volume, existe dans ce tissu pendant l'état de congestion et hors de cet état.

M. Tillaux demande si l'on doit attacher de la valeur au signe tiré de l'augmentation et de la diminution du volume de l'utérus.

Oui, assurément, il faut attacher de l'importance à ce signe. On ne peut, en effet, le rencontrer que dans deux circonstances : dans le cas de rétention des règles ou dans celui de développement considérable du tissu veineux et, par suite, du tissu musculaire de l'utérus.

Ceci admis, ce signe acquiert une très-grande valeur diagnostique.

M. Tillaux. Si M. Després avait vu la malade, il croirait volontiers à la congestion, et il ne soutiendrait pas qu'il s'agit simplement là d'une réplétion de la cavité du corps de la matrice. D'ailleurs la capacité de cette cavité était très-peu considérable.

Je crois que le fait de M. Chassaignac présente avec le mien de grandes analogies; seulement, il a assisté à la période de début, tandis que j'ai vu la malade à une période très-avancée.

M. Desprès. M. Tillaux m'a fourni un des meilleurs arguments qu'il me soit possible d'invoquer, en me disant que depuis dix ans la tumeur augmentait. La tumeur a pris naissance, parce que depuis longtemps les règles étaient difficiles.

M. Trélat. MM. Bernutz et Goupil ont consacré dans leur livre un

long article à la rétention des règles. Ils n'indiquent pas l'opinion soutenue par notre collègue. A-t-il la démonstration que toutes les fois qu'il y a eu rétention des règles, il y ait eu hypertrophie consécutive?

M. Tarnier. M. Tillaux nous a fait voir une hypertrophie considérable de l'utérus. Voilà le fait incontestable, indéniable.

Il existe un second fait intéressant, c'est l'augmentation et la diminution alternative de l'utérus. Quelle valeur faut-il accorder à ce symptôme? voilà ce que nous a demandé notre collègue, et l'on a peu répondu à sa demande.

Pour M. Desprès, c'est un signe de la rétention des règles.

Quant à moi, je me rapproche de l'opinion de M. Guéniot, je crois qu'il s'agit surtout d'une congestion.

Mais il ne faut pas voir là un symptôme nouveau, inconnu; c'est un fait qui a été observé par tous ceux qui se sont occupés de maladies utérines.

On sait qu'à l'époque menstruelle, l'utérus se congestionne, et quelquefois cette congestion détermine une notable augmentation de volume de l'organe qui peut doubler.

Une jeune fille vint me trouver, il y a quelques années, en me demandant si une jeune fille pouvait avoir une maladie de l'utérus. Je la touchai et trouvai le col ramolli. Le fond de l'utérus atteignait presque le niveau de l'ombilic. Je pensai à l'existence d'une grossesse. Mais des règles abondantes étant venues, la tuméfaction de l'utérus disparut; puis elle reparut de nouveau, pour cesser ensuite. Ces alternatives se reproduisirent un certain nombre de fois.

Depuis cette époque j'ai vu chez des jeunes filles ou des femmes mariées un grand nombre d'exemples analogues.

Ces jours derniers, j'ai observé un fait à peu près semblable à celui que je viens de rapporter.

Ces exemples démontrent d'une façon bien certaine que tous les mois il y a congestion de l'utérus, et cette congestion est d'autant plus grande, que l'utérus est déjà plus volumineux.

Je suis convaincu que les phénomènes observés par M. Tillaux étaient dus à la congestion qui avait lieu tous les mois à l'époque des règles.

On doit noter, en outre, que l'utérus peut augmenter de volume sous l'influence des rapprochements sexuels, sous l'influence aussi de causes pathologiques, en un mot sous d'autres influences que les époques menstruelles.

Ces congestions intermittentes peuvent quelquefois devenir perma-

nentes, et, pour interpréter l'augmentation de volume de l'utérus, il faut tenir compte de la congestion.

L'utérus de la malade de M. Tillaux est comparable à l'utérus d'une femme qui viendrait d'accoucher ; et le volume de l'utérus n'est pas très-éloigné de ce qu'il peut être après un accouchement ; en effet, contre l'avis de M. Guéniot, je pense qu'après l'accouchement on peut voir des utérus qui atteignent le poids de 1,400, 1,500 grammes et plus.

Reste la question de la tumeur fibreuse et du rôle de celle-ci par rapport aux accidents observés.

Je crois qu'il n'y a là qu'un simple fait de coïncidence, et je ne puis pas admettre qu'il ait existé une gêne de la menstruation par obstacle.

M. Depaul. Je n'avais pas assisté au commencement de la communication de M. Tillaux, et je suis étonné que l'on discute autant sur ce fait qui d'ailleurs, je l'avoue, est intéressant.

Je suis étonné qu'on ait l'air de donner comme nouveau le fait de l'augmentation de la matrice aux époques menstruelles.

Mais dans le cas actuel, il ne s'agit pas de cette augmentation périodique, il s'agit d'une maladie rare, exceptionnelle, et qui n'a aucun rapport avec le fait que j'ai rapporté dans la dernière séance.

Il est en effet tout à fait exceptionnel de voir ce qui existe sur la pièce de M. Tillaux, des sinus tellement larges, qu'ils formaient de véritables lacs au milieu du tissu de la matrice. Il existait là un véritable état variqueux des veines de l'utérus.

Cette maladie n'a rien à faire avec le corps fibreux, sur lequel insiste tant M. Després. C'est là, je le répète, une observation tout à fait exceptionnelle ; car nous n'avons vraiment pas affaire à une hypertrophie de la matrice ; dans la véritable hypertrophie, en effet, les vaisseaux de l'utérus ne prennent pas ce développement.

M. Després. Je vois une cavité dans l'utérus et un corps fibreux à l'orifice du col ; je constate une augmentation de volume de la tumeur, lorsqu'il ne coule rien ; une diminution, quand il y a des pertes.

Depuis dix ans, la malade avait des règles pénibles, douloureuses. S'il n'y a pas de faits isolés, je ne puis m'empêcher de comparer cette hypertrophie utérine aux hypertrophies du réservoir urinaire, suite de dysurie.

S'il y a, au contraire, des faits isolés, on peut admettre que la présence d'un corps fibreux cause l'hypertrophie, sans qu'on puisse en expliquer le mécanisme.

Mais alors, l'explication est simplement la constatation du fait. Pour ma part, je ne saurais me contenter de cette raison. Si j'avais vu la malade de M. Tillaux, peut-être je trouverais des signes capables de confirmer mon opinion sur ce fait d'hypertrophie utérine.

M. Forget. M. Després ne tient pas compte d'un des éléments les plus importants du problème. Il admet l'existence d'une cavité où le sang se serait accumulé, et en réalité cette cavité n'existait pas.

LECTURE.

M. Laurent, interne des hôpitaux, donne lecture d'un travail intitulé :

Plaie de l'artère poplitée. Ligature des deux bouts. Phlegmon diffus. Mort.

Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Le Fort.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. Duplay présente un *speculum nasi*, construit sur ses indications, par MM. Robert et Collin, et appelle l'attention de la Société sur les services que cet instrument lui paraît destiné à rendre en pratique, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement des maladies des fosses nasales.

Ce speculum est formé de deux valves, dont l'une, un peu aplatie et immobile à son extrémité, doit répondre à la cloison des fosses nasales, et dont l'autre, plus convexe et appropriée à la forme de la narine, peut s'écarter de la première, à l'aide d'un curseur mobile sur une vis.

L'instrument étant introduit jusqu'à l'ouverture postérieure de la narine, on dilate celle-ci au degré voulu, par l'écartement de la valve externe, et, grâce au curseur, cet écartement reste permanent et l'instrument demeure fixé.

Pour explorer l'intérieur des fosses nasales, on peut placer la malade devant une fenêtre bien éclairée; mais l'examen pratiqué de cette manière est toujours incomplet. Il faut de toute nécessité avoir recours à la lumière réfléchie, soit la lumière solaire, soit la lumière artificielle.

A cet effet, on peut faire usage du miroir laryngoscopique mobile, à l'extrémité d'une tige métallique que l'on fixe sur une table, mais je conseille d'employer de préférence un miroir frontal, monté sur une paire de lunettes, et qui peut servir en même temps pour l'examen des

oreilles, de la gorge, etc., avec cet avantage de laisser les mains libres et de permettre ainsi de faire certaines opérations.

A l'aide de ce mode d'éclairage et avec le *speculum nasi*, j'ai pu, chez un certain nombre d'individus, chez qui les fosses nasales étaient assez larges et normalement conformées, examiner ces cavités dans toute leur étendue, et même découvrir et faire voir à d'autres personnes une partie de la paroi postérieure du pharynx.

Cependant les anomalies si fréquentes dans la conformation des fosses nasales ne permettent pas toujours un examen aussi étendu; mais même dans les cas de déviation de la cloison ou de saillies considérables d'un ou de plusieurs cornets, on parvient à explorer les fosses nasales à une assez grande profondeur.

J'ai pu ainsi commencer une étude toute nouvelle des symptômes objectifs de quelques maladies des fosses nasales, étude que j'espère compléter par la suite. Je me borne à indiquer aujourd'hui l'existence assez fréquente d'ulcérations spécifiques ou autres, siégeant à la paroi supérieure et sur les cornets.

La thérapeutique des affections des fosses nasales me paraît devoir bénéficier de l'emploi du *speculum nasi*. C'est ainsi que j'ai pu traiter et guérir assez rapidement quelques cas d'ozène, à l'aide de topiques portés directement sur les parties malades et ulcérées.

Enfin, c'est surtout pour le traitement chirurgical des polypes muqueux que le *speculum nasi* me paraît devoir être utile. Cette opinion, que j'émettais déjà lors de la présentation de cet instrument à l'Académie de médecine (avril 1868), a été confirmée par l'étude des faits.

L'emploi du *speculum nasi* permet de substituer à la pratique, généralement aveugle et presque barbare, de l'arrachement, des opérations plus sûres et plus méthodiques, puisque le chirurgien pourra reconnaître, de *visu*, le siége exact des polypes et les saisir directement, sans intéresser les parties voisines.

Mais, avec le speculum, les instruments en usage pour l'arrachement des polypes sont beaucoup trop volumineux et ne peuvent être d'aucune utilité. J'ai donc dû modifier les pinces à polypes ordinaires, et après de nombreux essais, je me suis arrêté aux deux modèles suivants, qui ont été construits par MM. Robert et Collin, et que j'ai l'honneur de vous présenter.

L'un de ces modèles ressemble beaucoup aux pinces ordinaires. Elles en diffèrent :

1° Par le petit volume des cuillers et des branches;

2° Par la courbure, qui est très-courte;

3° Par l'articulation des branches, qui est placée très-près des cuillers. Il est bon d'avoir à sa disposition deux ou trois pinces de ce modèle, dont les cuillers seront plus ou moins larges, suivant le volume des polypes.

Le second modèle ressemble à un forceps. Les branches, qui s'articulent comme celles de ce dernier, se terminent par des cuillers largement fenêtrées et qui s'appliquent exactement l'une contre l'autre par leur face interne. La courbure est beaucoup plus longue que dans le modèle précédent, et l'articulation des branches, qui ne doit pas entrer dans le speculum, est beaucoup plus éloignée des cuillers. Les deux branches s'introduisent isolément et s'articulent à l'aide d'une vis. Cette pince sert dans les cas de polypes très-volumineux.

Je fais en ce moment quelques essais pour mettre en usage la ligature extemporanée des polypes; mais je ne suis encore arrivé à aucun résultat satisfaisant.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

Séance du 2 decembre 1868

Présidence de M. Legouest

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — Les *Archives générales de médecine*, numéro de décembre. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — L'*Union médicale de la Provence*. — La *Revue médicale de Toulouse*.

M. Giraldès dépose sur le bureau, au nom de M. Logan, le

tome VIII d'*Army medical department Report for the year* 1866. Londres, 1868, in-8°; volume considérable renfermant un grand nombre de documents importants sur l'hygiène et la médecine militaires.

M. Léon Labbé présente, de la part de M. Oré (de Bordeaux), les deux ouvrages suivants :

1° Le premier fascicule du *Compte-rendu du service chirurgical* de M. Oré *à l'hôpital Saint-André de Bordeaux* Ce fascicule renferme plusieurs faits d'une haute importance. M. Labbé appelle l'attention de la Société sur les appareils ingénieux que M. Oré a fait construire pour placer les membres sur lesquels on a pratiqué des résections, notamment la résection du genou et celle du coude.

2° Un ouvrage important sur la *Transfusion du sang*. Dans ce travail sont relatés les travaux originaux que M. Oré a fait connaître à plusieurs reprises à la Société de chirurgie, et sur lesquels la Société a entendu les rapports de MM. Broca et Labbé. En outre, l'historique de la question est présenté dans ses plus grands détails.

Hypertrophie de l'utérus.

A propos du procès-verbal :

M. Desprès. Messieurs, je n'ai pas voulu prolonger la discussion dans la dernière séance, je désire répondre aujourd'hui quelques mots. M. Forget disait que pour qu'il y eût rétention dans l'utérus, il fallait qu'il y eût une cavité. J'ai relu l'observation de M. Tillaux et j'ai constaté que la cavité utérine avait 8 centimètres de largeur. M. Trélat a dit que MM. Bernutz et Goupil n'avaient point vu d'hypertrophie à la suite de la rétention des règles, cela devait être, car ces médecins parlent de cas de rétention complète des règles, alors qu'il y avait une grande dilatation de l'utérus. M. Tillaux tire un de ses arguments contre la supposition d'une rétention des règles, de la vacuité de la cavité utérine. Je le prierai de songer à la dilatation du col qu'il a pratiquée, il en concluera que c'est à ce moment que l'utérus s'est vidé.

M. Trélat. Dans le cours de la discussion, j'ai énoncé cette opinion que les corps fibreux de l'utérus et les hypertrophies musculaires partielles, sans être semblables de tout point, procèdent néanmoins d'un même mode de déviation organique et se rapprochent au point de vue du mode de formation.

Cette proposition me paraît confirmée à nouveau par un fait que j'ai observé ces jours derniers et qui a eu sa conclusion ce matin

même. J'avais reçu dans mon service une femme atteinte d'un polype utérin qui me parut devoir être considéré comme un corps fibreux. Ce polype, allongé, volumineux, s'insérait juste au-dessus et en avant de l'orifice supérieur du col et faisait saillie dans le vagin sur une longueur de 10 centimètres. Je l'enlevai avec l'écraseur linéaire. Aussitôt après son ablation, je l'examinai et il me sembla reconnaître les caractères du tissu musculaire utérin. Je priai donc M. Muron, l'un de mes internes, fort au courant des recherches histologiques, de faire l'examen complet de la tumeur. Il importait en effet d'établir nettement si elle n'était pas constituée par du tissu glandulaire ou par une hypertrophie des glandules muqueuses du col. Voici la note qui m'a été remise par M. Muron :

« Ce polype offre sur la coupe une coloration grisâtre, semi-transparente. On trouve quelques cavités à parois paraissant au premier abord assez régulières, mais parcourues par des brides fibreuses.

« Par le râclage on amène sur le rasoir un liquide grisâtre, trouble, qui se coagule sous l'influence de l'acide acétique et de l'alcool. Ce dernier réactif lui donne en outre une teinte blanche.

« Ce liquide, examiné au microscope, contient des noyaux libres et des noyaux entourés d'une masse de protoplasma. Les noyaux libres sont de forme ovoïde et offrent dans leurs plus grandes dimensions de 0,008 à 0,015.

« Ceux qui sont entourés d'une masse de protoplasma sont pour la plupart des éléments embryonnaires de 0,010 à 0,012.

« Le râclage des parois de la cavité ne montre aucune cellule épithéliale, mais bien les mêmes éléments déjà indiqués.

« Si on prend les brides fibreuses qui traversent la cavité, on trouve qu'elles sont constituées uniquement par des cellules musculaires de la vie organique. Leurs noyaux caractéristiques sont facilement décelés par l'action de l'acide acétique qui leur donne la forme d'une S allongée.

Une coupe pratiquée sur la tumeur montre que cette tumeur est composée d'un très-grand nombre de faisceaux de forme et de dimensions variables. Parmi ces faisceaux, les uns sont uniquement formés par des cellules embryonnaires, les autres par des cellules musculaires de la vie organique.

« Des vaisseaux en grand nombre parcourent la tumeur en divers sens; ils sont entourés d'une paroi propre.

« En somme, ce polype doit être rangé dans les lebdomyômes ou tumeurs constituées par du tissu musculaire lisse. Mais ici c'est un tissu musculaire en voie de développement, ce qu'attestent les nom-

breux faisceaux de cellules embryonnaires. De plus, tous ces faisceaux sont imprégnés d'une substance muqueuse qui a déterminé la formation de cavités spontanées dans son intérieur, ce que démontrent les réactions du liquide obtenu par le râclage. »

Cet examen histologique démontre donc une fois de plus qu'il existe de véritables tumeurs hypertrophiques musculaires de l'utérus. Les hypertrophies localisées, limitées, semblent beaucoup plus fréquentes que les hypertrophies étendues ou totales. Cette pièce et son étude microscopique n'ont pas d'autre objet que de fixer l'attention sur ce point.

Abcès dans l'épaisseur du fond de la matrice, avec développement énorme des fibres charnues.

M. Hervez de Chégoin. Une femme de 46 ans entra à la Charité dans le mois de juin 1827, salle Saint-Joseph, pour une tumeur du ventre dont le commencement datait de huit mois. Cette femme était accouchée sept ou huit ans auparavant.

La tumeur était placée immédiatement au milieu et au-dessus du pubis et s'étendait jusqu'à l'ombilic. Elle était du volume d'une grossesse de six mois, mobile, élastique et assez ferme pour laisser incertain sur la présence d'un liquide. M. Roux avait cru à une hydropisie de l'ovaire. Le toucher par le vagin faisait trouver le col utérin dans l'état naturel.

A l'autopsie on constata ce qui suit : Quand les parois de l'abdomen furent incisées, on découvrit une tumeur isolée de forme oblongue; sa surface était lisse, d'apparence charnue, parsemée sur le côté et en bas d'arborisations qui partaient d'un tronc commun inférieur.

On fit une incision verticale et on arriva dans une cavité aussi grande que la matrice au cinquième mois de la grossesse, contenant du pus bien lié, légèrement verdâtre, fade et sans odeur putride. Il y avait dans le fond des flocons nombreux, un, entre autres, gros comme une noix et ferme. La paroi interne de cette cavité était tapissée par une membrane d'un jaune sale, tomenteuse, épaisse d'une demi-ligne; le fond de la cavité avait un pouce et demi d'épaisseur, un pouce au milieu et un demi-pouce en bas. Les fibres, quoique infiltrées, étaient évidemment charnues. Quand on eut incisé la tumeur jusqu'au vagin, on vit que le col utérin était très-allongé et que la cavité de la matrice existait. Sa face interne était rouge et son cul-de-sac bien visible. Les trompes de Falloppe naissaient sur les côtés et enfin on voyait la moitié de l'épaisseur des fibres de la matrice se continuer avec son fond, de manière que l'abcès s'était développé au milieu des fibres de

cet organe. Les ovaires étaient petits, granulés; les vaisseaux des ligaments larges étaient très-nombreux et remplis de sang noir.

M. Chassaignac. Je désire présenter quelques observations relativement à la vascularité des corps fibreux. Dans une opération pendant laquelle je divisais par tranches un corps fibreux de l'utérus, je vis survenir une hémorrhagie très-considérable. Lorsque l'opération fut terminée, je pus constater qu'il s'agissait bien d'un véritable corps fibreux.

M. Boinet. En 1851, j'ai enlevé une tumeur qui avait été prise pour un kyste de l'ovaire. Lorsque la tumeur fut mise à découvert, un trocart fut enfoncé dans son épaisseur, et la ponction donna issue à une quantité énorme de sang. Je fus obligé de recourir à quelques moyens hémostatiques inusités pour arrêter le sang, puis je fis une seconde ponction qui fut également suivie d'hémorrhagie.

L'opération étant très-avancée, mes collègues, parmi lesquels se trouvait Cazeaux, m'engagèrent à la terminer. Je pratiquai la section du pédicule. La plaie donna une telle quantité de sang, malgré une forte ligature qui avait été mise sur le pédicule, que la malade mourut au bout de dix heures. Cette observation a été publiée dans mon *Traité des maladies de l'ovaire*.

M. Hervez de Chégoin. Je ne pense pas que les tumeurs dont parlent ces messieurs fussent des tumeurs fibreuses. Je pense que la source de l'hémorrhagie était dans l'enveloppe charnue qui entoure constamment les corps fibreux.

M. Chassaignac. L'autorité de M. Hervez de Chégoin est d'une grande valeur en pareil cas, mais dans le fait que j'ai observé je suis bien convaincu que c'était du corps fibreux lui-même que le sang venait.

M. Broca. La question que l'on discute en ce moment peut être examinée sous deux points de vue : 1° sous le point de vue de la pratique; 2° sous le point de vue de l'anatomie pathologique pure.

Au point de vue pratique, il importe peu de préciser d'où vient l'hémorrhagie. J'ai souvenir d'avoir vu dans la pratique particulière de Thierry une malade qui avait d'abord reçu les soins du docteur Recurt. Cette femme avait été considérée comme étant en couches depuis plusieurs jours. Recurt reconnut qu'il s'agissait, non d'une grossesse, mais d'une tumeur fibreuse pédiculée en voie d'expulsion. J'assistai M. Thierry qui avait été appelé pour l'opération, et nous constatâmes qu'il existait des battements au niveau du pédicule. Nous nous demandâmes si c'était bien sous le pédicule ou dans les parties voisines qu'était le siége de ces battements. Mais en tous cas, au point

de vue de la pratique, il nous importait peu de savoir si les vaisseaux étaient développés dans la substance même du corps fibreux ou dans la substance qui l'entoure.

Thierry imagina un procédé nouveau pour enlever cette tumeur très-volumineuse. Ce procédé a été peu mis en lumière. Il fit construire en quelques heures, chez Charrière, une pince articulée à une de ses extrémités comme la pince à disséquer. A l'autre extrémité se trouvait une vis qui permettait de rapprocher à volonté les deux branches. On fit entrer la tumeur entre les deux branches fortement écartées et lorsqu'on eut franchi son équateur, on fit remonter la pince jusqu'au pédicule. Cette pince n'avait pu serrer qu'en produisant un abaissement assez notable de la matrice; aussi, lorsque le pédicule fut étreint dans la pince, nous pûmes constater qu'il était beaucoup plus facile de l'atteindre qu'auparavant. On saisit alors la tumeur avec des pinces à griffes et on pratiqua l'excision à l'aide de ciseaux courbes. La pince fut laissée en place pendant environ 36 heures et il ne survint pas d'hémorrhagie.

Lorsque je pratiquai l'autopsie de la tumeur, je pus constater très-nettement l'existence de vaisseaux dans la tumeur fibreuse, mais ils n'étaient pas assez volumineux pour donner naissance aux battements que nous avions perçus. Ces battements devaient avoir pour siége des vaisseaux développés dans l'épaisseur de l'enveloppe utérine hypertrophiée.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, il est incontestable que les tumeurs fibreuses de l'utérus (ces tumeurs que j'ai désignées sous le nom d'hystérômes et qui n'ont aucune analogie avec les véritables tumeurs fibreuses) n'ont pas une vascularisation proportionnelle à leur volume. J'ai fait plusieurs fois avec M. Lebert l'injection d'utérus qui renfermaient des corps fibreux, et l'injection s'arrêtait toujours sur la limite de ces corps.

Je ne connais pas d'exemple d'injection réussie dans un corps fibreux de la matrice.

Je dois dire que sur une femme morte du choléra, et dont l'utérus renfermait des corps fibreux, j'ai pu constater que des vaisseaux disposés en arcade se prolongeaient à plusieurs millimètres dans l'épaisseur de ces corps. Il est donc impossible de nier leur vascularisation, mais on doit remarquer qu'il existe une disproportion très-grande entre leur volume et le degré de leur vascularisation.

M. Guéniot. Il suffit de lire le livre de M. Cruveilhier pour trouver une description complète de la disposition des vaisseaux dans les corps fibreux. Il y a deux espèces de vaisseaux, les uns superficiels et

les autres profonds. Les deux réseaux communiquent ensemble. Ces vaisseaux sont tous veineux. C'est là un fait assurément très-singulier que cette absence d'artères dans un tissu parfois très-vasculaire; mais quelque inexplicable qu'il paraisse, il me semble être incontestable, au moins d'après l'examen des tumeurs à l'œil nu. Quoi qu'il en soit, les corps fibreux sont susceptibles d'arriver à un grand degré de vascularisation.

M. Houel. Je ne crois pas que jusqu'ici M. Cruveilhier ait jamais fait d'injection dans des tumeurs fibreuses. Je crois que ce qui a été décrit sous le nom de vaisseaux sont en réalité des lacunes.

J'ai moi-même essayé de faire des injections et j'ai réussi quand j'ai voulu injecter les petits vaisseaux, mais jamais quand j'ai tenté de faire pénétrer l'injection dans les lacunes. Dans un cas que M. Robin a étudié, j'avais cru avoir réussi, mais mon erreur tenait à ce que l'injection avait été poussée dans le tissu interposé à deux tumeurs fibreuses étroitement accolées. Dans les cas où l'on a observé de graves hémorrhagies, semblant prendre leur source à la surface même du corps fibreux, peut-être avait-on eu affaire à des corps fibreux accolés, comme dans le fait que je viens de rappeler. Or, la constatation de cette disposition anatomique présente de véritables difficultés.

Je suis disposé à croire que les véritables tumeurs fibreuses sont très-peu vasculaires.

M. Guéniot. J'admets bien que les veines et lacunes ne sont pas chose identique. Mais il serait bon de s'entendre sur les différences qui séparent ces deux ordres de cavités.

M. Marc Sée. Je crois qu'on se fait très-souvent illusion lorsqu'on cherche à faire une distinction entre les artères et les veines sur la coupe d'une tumeur. Souvent on aperçoit un vaisseau dilaté et l'on pense qu'il s'agit d'une veine, tandis que, en réalité, il s'agit souvent d'un capillaire dilaté. Il existe évidemment des artères qui amènent le sang dans ces capillaires et des veines qui le reprennent.

M. Broca. Je suis très-heureux que M. Marc Sée ait dit que le mot de capillaire n'est pas applicable seulement à un vaisseau normal; on peut en effet rencontrer des vaisseaux très-volumineux, dilatés, et qui cependant présentent la structure des vaisseaux capillaires. J'avais signalé cette disposition il y a longtemps, dans mon mémoire sur le cancer.

Quant aux véritables lacunes, elles peuvent reconnaître plusieurs modes d'origine. Elles sont assez souvent constituées par de véritables bourses muqueuses; mais indépendamment de ces lacunes, il s'en

produit d'autres dans le parenchyme même du corps fibreux par la suite de l'absorption qui résulte de la nutrition peu active qui a lieu dans ce néoplasme. Les parties centrales du corps fibreux se nourrissent mal, les fibres passent à l'état granuleux, et elles finissent par disparaître. Je crois que les cavités qui, dans les corps fibreux, affectent la forme de vaisseaux, se développent principalement par ce mécanisme.

M. Trélat. Dans la pièce que j'ai mise sous les yeux de la Société, l'examen microscopique a démontré qu'il y avait de véritables lacunes et non des glandules anormalement développées.

LECTURE.

M. Sistach, membre correspondant, fait une lecture sur deux observations d'*anévrysme poplité spontané* :

La faveur toujours croissante qu'obtient la chirurgie non-opérante dans le traitement des anévrysmes, nous engage à communiquer, d'une manière sommaire, à la Société de chirurgie, les résultats divers que nous avons obtenus dans cette voie.

Obs. I. — *Anévrysme artériel poplité gauche, datant de deux mois et demi, et guéri par la flexion forcée, au bout de trois jours.*

B..., zouave, âgé de 31 ans, ayant douze ans de services militaires, ayant passé onze ans en Afrique et un an au Mexique, exerce, depuis l'âge de 11 ans, la profession de tailleur d'habits, et spécialement celle de coupeur, depuis qu'il est sous les drapeaux.

En dehors de ces dernières fonctions, qui l'obligeaient à travailler constamment debout, B... était encore tenu à faire souvent en ville de nombreuses courses assez fatigantes. D'ailleurs, point d'habitudes alcooliques. En juin 1867, pour la première fois, la marche provoquait sur le mollet gauche une fatigue, suivie bientôt après de douleur très-vive. Progressivement, la marche devint de plus en plus difficile, impossible même dès le 5 juillet, ce qui obligea le malade à entrer, le 24 juillet, dans notre service, à l'hôpital militaire de Constantine.

Tumeur du volume d'un œuf de poule, siégeant à la partie inférieure du creux poplité gauche, molle et compressible, offrant des battements isochrones au pouls et visibles à l'œil, donnant lieu à un bruit de souffle intermittent, qui se percevait à l'aide du stéthoscope, et, finalement, gêne dans les mouvements du genou, extension douloureuse de la jambe, au point de nécessiter sa légère flexion, accroissement d'un centimètre et demi de la circonférence du mollet gauche au niveau de la tumeur : tels sont les divers signes qui nous permirent de diagnos-

tiquer un anévrysme poplité artériel. Telle fut aussi l'opinion de M. Vital, notre médecin en chef, et de M. Marvy, médecin aide-major.

Par suite d'une indisposition fébrile du malade, ce ne fut que le 21 août, à huit heures du matin, que nous appliquâmes le bandage suivant : après avoir enveloppé de ouate et d'une bande simplement contentive le membre inférieur, depuis les orteils jusqu'à mi-cuisse, nous assujettîmes la jambe, dans la flexion à angle aigu, à l'aide de quelques tours de bande, qui n'embrassaient que le tiers inférieur de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe; puis, tout le membre fut placé dans l'abduction, et reposant sur sa face externe. Une demi-heure après, douleurs assez vives, siégeant sur le côté interne du genou, et persistant pendant deux heures. Pendant la nuit, sommeil interrompu par des douleurs passagères.

Le 22 août, même état de flexion ; douleurs faibles, revenant à rares intervalles, même pendant la nuit.

Le 23 août. Nous recommandons au malade de fléchir davantage et progressivement la jambe, sans toucher au bandage. Douleurs plus vives pendant la nuit et, simultanément, engourdissement du pied avec fourmillements.

Le 24 août, ablation du bandage à la visite du matin. Absence de battement et de bruit de souffle; solidification complète de la tumeur. Après avoir fait constater ce résultat par MM. Vidal et Marvy, nous maintenons la demi-flexion pendant six jours.

Dès le 1er septembre, tout bandage est supprimé et le malade s'applique à étendre progressivement sa jambe, résultat qu'il obtient d'une manière complète le 10.

A la date du 18 septembre, B... se lève et marche sans douleur ni difficulté. La tumeur diminue sensiblement de volume, et sa solidification est complète.

Obs. II. — *Anévrysme artériel poplité droit; insuccès de la flexion forcée et de la compression digitale; ligature de l'artère fémorale dans le canal du troisième adducteur; chute du fil à ligature au dix-neuvième jour; hémorrhagies consécutives, deux et trois jours après; ganglions du pied et de la jambe, survenant vingt-six jours après la ligature. Mort.*

Le sujet de cette observation est ce même B..., qui, après avoir repris toutes ses occupations pendant deux mois, a ressenti, dès les premiers jours de décembre 1867, une fatigue de la jambe droite, avec léger gonflement du mollet, survenant après quelques instants de marche; puis, aggravation de ces phénomènes et, successivement, difficulté et impossibilité d'étendre la jambe.

Le 12 décembre, constatation d'un nouvel anévrysme artériel, siégeant à la partie moyenne du creux poplité droit, offrant le volume d'une grosse noix et caractérisé par une tumeur circonscrite, molle et compressible, animée de battements intermittents visibles à l'œil nu et donnant lieu à un bruit de souffle intermittent. Flexion de la jambe à angle aigu et sans nul bandage pendant cinq jours; puis, compression indirecte de l'artère fémorale, pendant quarante-huit heures, à l'aide de compresses graduées et d'un bandage qui maintenait, de plus, la jambe dans la flexion : tels furent les moyens employés avant l'entrée de ce malade à l'hôpital, qui eut lieu le 23 décembre. A cette époque, nous constatons les phénomènes morbides mentionnés plus haut, avec la seule différence que la tumeur nous paraît légèrement augmentée de volume.

Le 24 décembre, à huit heures et demie du matin, nous soumettons ce membre à la flexion forcée, à l'aide du même bandage que nous avions appliqué précédemment. Douleurs intermittentes le jour, plus intenses et persistantes la nuit, provoquant une insomnie presque complète, malgré une potion opiacée.

Le 4 janvier 1868, douleurs tellement vives pendant la nuit, que la flexion du membre a dû être ramenée à angle droit. Dans la nuit du 5, le malade souffre tellement, qu'il enlève complétement le bandage.

Le 15 janvier, persistance de douleurs excessives, malgré l'absence de tout bandage. Accroissement considérable de la tumeur anévrysmale qui, semblant bilobée, proémine à la fois et sur le côté interne et postérieur du genou, dans une étendue longitudinale de 12 centimètres sur 11 centimètres d'étendue transversale médiane, et sur le côté externe du creux poplité, sous la forme d'une tumeur offrant le volume d'un œuf de poule; ces deux poches anévrysmales offrent des battements isochrones aux pulsations artérielles et visibles à l'œil nu, ainsi qu'un bruit de souffle intermittent et très-intense. La partie médiane du creux poplité offre à peu près la dépression normale, et une pression digitale légère y perçoit un frémissement vibratoire, dans l'étendue de 6 centimètres. La circonférence médiane du genou droit est de 424 millimètres, et celle du genou gauche, de 366 millimètres. Absence d'œdème du pied et nul indice d'inflammation superficielle ou profonde de la région poplitée; impossibilité d'étendre complétement la jambe; mouvements du genou très-douloureux; pas de flexuosités des veines de la jambe et du pied, et, enfin, bruits du cœur normaux : tel est, à la date du 16 janvier, l'état du malade, à qui nous administrons 3 centigrammes de poudre de digitale.

Le 16, quatre séances de compression digitale, de deux heures cha-

cune, et séparées chaque fois par un intervalle égal. La compression est alternativement pratiquée sur le pubis et vers la partie moyenne de la cuisse.

Le 17, 4 centigrammes de poudre de digitale. Trois séances de compression, de trois heures chacune. La compression est plus difficilement supportée que la veille.

Le 18, 5 centigrammes de poudre de digitale; compression digitale, alternative, sur le trajet de la fémorale, commencée le matin, à huit heures, et continuée, sans nulle interruption, jusqu'au 22 janvier, à sept heures du matin.

Pendant les deux premiers jours, l'application permanente, sur le lobe interne de la tumeur, d'un cornet en diachylon, surmonté d'un filament de ouate, indiquait suffisamment, par ses oscillations, l'insuffisance de la compression.

Nous nous bornerons à ajouter que la compression, assez bien supportée le premier jour, provoqua, dès le lendemain, des douleurs très-intenses, siégeant sur la tumeur, la jambe et le pied, s'exaspérant chaque jour davantage, et donnant lieu, à plusieurs reprises, dès le cinquième jour, à une imminence de syncope. D'autre part, à la date du 22 janvier, la tumeur anévrysmale était très-dure dans ses parties latérales externe et interne; mais elle avait sa mollesse habituelle dans la partie médiane du creux poplité. L'artère fémorale formait un cordon épaissi, roulant facilement sous les doigts et rendant la compression exacte très-difficile. La jambe droite était œdématiée, et le malade, tout à fait démoralisé, réclamait instamment la cessation de la compression, ce qui nous obligea d'accéder à ses désirs.

Du 23 au 29 janvier, exaspération des douleurs du membre inférieur; imminence fréquente de syncope; insomnie presque complète; accroissement de 4 centimètres de la circonférence médiane du genou droit. Sur le côté interne du genou, ecchymose jaunâtre, ayant 18 centimètres de longueur verticale sur 2 centimètres de largeur; nouvelle ecchymose jaunâtre sur la partie médiane du creux poplité; distension de l'articulation du genou, qui offre une fluctuation manifeste. Température du creux poplité droit, 36°,2, et du gauche, 35°,4. Circonférence du mollet droit, 365 millimètres, et du gauche, 326. Les mouvements volontaires de la jambe sont complétement impossibles. Rien d'anormal dans les bruits du cœur. Moral abattu et anxieux. Ce même jour, 29 janvier, nous pratiquons la ligature de la fémorale dans le canal du troisième adducteur; des veines flexueuses, largement dilatées et anastomosées entre elles, recouvraient complétement l'artère que nous parvenons à isoler minutieusement et à lier, sans nulle

effusion sanguine. L'amaigrissement du membre n'avait point permis d'apprécier le relief du couturier pendant l'opération, ce qui nous obligea à ne prendre pour guides, dans la recherche du vaisseau, que sa direction et ses battements, qui, vers le tiers inférieur de la cuisse, étaient très-faibles et intermittents. Après la ligature, cessation des battements de la tumeur anévrysmale; réunion de la plaie extérieure à l'aide de cinq serre-fines; emmaillottement dans la ouate du membre, le long duquel cinq cruchons d'eau chaude sont placés en permanence.

Le 1er février, ablation des serre-fines; absence de réunion immédiate; plaie compliquée d'érysipèle.

Le 17 février, chute du fil à ligature; plaie vermeille; excellent appétit; disparition de l'érysipèle et diminution croissante de la tumeur anévrysmale.

Le 20, dans la nuit, hémorrhagie par la plaie, évaluée à 160 grammes.

Le 21, nouvelle hémorrhagie, à neuf heures du soir, évaluée à 300 grammes.

Le 24, diminution de la chaleur et de la sensibilité du pied et de la moitié inférieure de la jambe.

Le 25, la gangrène humide est confirmée et s'étend, le lendemain, jusqu'au tiers supérieur de la jambe.

Le 27 février, B... meurt à deux heures de l'après-midi.

L'autopsie, pratiquée le lendemain matin, à huit heures, nous révèle les particularités suivantes :

A. *Membre inférieur droit.* — Dans le cul-de-sac artériel, situé au-dessus de la ligature de la fémorale, existe un caillot de 5 centimètres, en grande partie décoloré et friable, qui n'adhère à la tunique interne que par son extrémité terminale.

L'extrémité inférieure du bout supérieur de l'artère offre, dans une étendue de 3 centimètres, un épaississement assez notable; les deux extrémités de l'artère fémorale, éloignées de 14 millimètres, sont réunies par un cordon fibreux très-mince. Absence de caillot à l'extrémité supérieure du bout inférieur de l'artère.

La dissection de la région poplitée donne lieu, immédiatement après l'ablation de la peau et de l'aponévrose, à un écoulement de sang noirâtre, évalué à 100 grammes. L'incision de la poche anévrysmale découvre une vaste cavité irrégulière et anfractueuse, s'étendant depuis le quart inférieur de la face postérieure de la cuisse jusqu'au cinquième supérieur de la jambe, comprenant toute la largeur de la surface osseuse fémoro-tibiale, et renfermant du sang liquide et des caillots noirâtres, mous et excessivement friables. L'intérieur de

l'articulation du genou offre une imbibition sanguine très-prononcée. Le bord postérieur des surfaces articulaires tibiale et fémorale offre une érosion des cartilages dans l'étendue d'un centimètre; la face postérieure du fémur présente la même altération osseuse dans l'étendue de 3 centimètres. Un caillot volumineux et décoloré occupait toute l'étendue de l'artère iliaque interne et des veines fémorale, iliaques primitive, interne et externe. Les veines sont généralement vides de sang, à l'exception des veines axillaires qui en étaient gorgées. L'artère humérale gauche renfermait un petit caillot filiforme de 2 centimètres de longueur, qui commençait à se décolorer.

B. *Membre inférieur gauche.* — Caillot fibrineux et décoloré dans les veines iliaques primitive, interne et externe, ainsi que dans le tiers inférieur de la veine fémorale, dans une étendue de 18 centimètres. Caillot de même nature, ayant 4 centimètres de longueur, dans l'intérieur de l'artère iliaque externe.

L'artère poplitée, plus volumineuse qu'à l'état normal, offre un épaississement notable; dans sa moitié inférieure, elle diminue de calibre et se continue par une tumeur ayant 3 centimètres de longueur sur 18 millimètres de largeur. Cette tumeur est située immédiatement au-dessous du ligament transverse postérieur articulaire, entre les deux tubérosités postérieures du tibia et immédiatement au-dessus du bord supérieur du muscle poplité; elle a la forme d'une petite pyramide triangulaire, dont la base serait sa face antérieure, qui est plane, lisse et en rapport immédiat avec la surface tibiale.

L'oreillette droite du cœur renferme un caillot ambré, très-volumineux; tandis que dans l'oreillette gauche existe un caillot moins volumineux, semi-cruorique, semi-fibrineux.

L'examen micrographique de l'artère fémorale, fait par M. le docteur Arnould, sur les deux bouts résultant de la ligature, lui a révélé les détails suivants :

« Après quelques heures de macération dans l'eau, les tuniques peuvent être séparées par larges lambeaux, l'interne sans son épithélium et entraînant à sa face profonde des fibres de la moyenne. La tunique interne paraît un peu grenue au moment de l'examen. La tunique moyenne se montre avec ses fibres élastiques flexueuses, à contour net, ramifiées, et ses fibres musculaires lisses, de distance en distance parallèles; mais le fond de la préparation est finement granuleux et présente quelques globules graisseux, clair-semés. Ce détail, ajoute M. Arnould, ne suffit pas à faire naître l'idée d'athérome ou d'artérite chronique. »

M. le docteur Kelsch, qui a examiné un fragment d'artère enlevé à

a hauteur du triangle de Scarpa du côté droit, conclut, au contraire, à une dégénérescence graisseuse, qui a envahi les éléments contractiles de l'artère. Voici, d'ailleurs, le résultat de son examen :

« Dans l'épaisseur des trois tuniques, dit-il, on trouve enchassés de petits globules graisseux, brillants, transparents, qui mesurent en moyenne de 6 à 8 millimètres de diamètre. Ce processus morbide, peu marqué dans les tuniques interne et externe, est surtout concentré sur la moyenne ou musculaire. Toutefois, là encore, il n'est pas également réparti. Des coupes nombreuses, pratiquées sur les divers points de la circonférence de l'artère, m'ont fait voir des points où les globules gras étaient extrêmement confluents, sans jamais, cependant, se réunir sous forme de nids de graisse; d'autres où ils se trouvaient beaucoup plus clair-semés; d'autres, enfin, où l'on en voyait à peine des traces. Les noyaux des fibres-cellules étaient pâles, comme flétris, à contours vagues. Quant au contour de la fibre-lisse, il disparaissait entièrement sous l'action de l'acide acétique étendu. »

En résumé, ces deux observations nous ont paru intéressantes à des titres divers.

Le premier cas, nous offre un exemple de la prompte efficacité de la flexion forcée dans le traitement des anévrysmes poplités. C'est un fait à ajouter aux succès déjà obtenus, à l'aide du même moyen thérapeutique, par Maunoir, Hart et Shaw, dont les *Archives de médecine* ont rapporté les observations, en 1859, et par M. Verneuil, dans le fait qu'il a communiqué récemment à l'Académie de médecine.

Dans le second anévrysme, faut-il attribuer à la flexion forcée sa rupture dans l'articulation du genou, ainsi que pareille relation a été établie pour le malade de M. Moore, dont les *Archives de médecine* ont également mentionné le fait? Pour nous, nous serions d'autant moins disposé à reconnaître chez notre malade une telle influence, que cet anévrysme a présenté les particularités suivantes : 1° développement excessivement rapide dès le début; 2° rupture dans l'articulation, vingt-quatre jours après la flexion forcée; et 3° infiltration granulo-graisseuse des tuniques artérielles. Nous ne serions même pas éloigné de rapporter en grande partie à cette altération granulo-graisseuse, et l'insuccès des diverses méthodes thérapeutiques employées et les hémorrbagies consécutives à la ligature, puisque, d'après Follin (1), l'infiltration granulo-graisseuse est le premier degré des métamorphoses rétrogrades des tissus, métamorphoses qui peuvent dépendre, sous

(1) *Traité de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 234.

l'influence d'une nutrition insuffisante, de toutes les maladies qui nuisent à la plasticité du sang.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— La *Revue d'hydrologie médicale française et étrangère.*

— Le *Journal de médecine de l'Ouest.*

— Le *Montpellier médical.*

— M. Ed. Cruveilher offre, de la part de M. le docteur Bleynie, la première année de la *Revue médicale de Limoges.*

— Le *Bulletin de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat*, vingt-deuxième année. 1868.

— Le *Bulletin de la Société médicale de l'Yonne.*

RAPPORT VERBAL.

M. Guéniot fait un rapport verbal sur l'observation suivante, adressée par M. Castex, médecin-major de l'armée d'Afrique.

Dans ce fait, il s'agit d'un cavalier en état d'ivresse, qui, voulant franchir le mur de sa caserne, fit une chute de trois mètres de haut sur la face dorsale du tronc. Il en résulta : 1° une fracture de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre dorsale; 2° une fracture oblique du corps de cette même vertèbre; et d'après les résultats de l'autopsie, 3° une luxation en arrière, qui rétrécit considérablement le canal vertébral.

De là, paralysie du membre inférieur gauche d'abord; puis, quel-

ques jours plus tard, du membre inférieur droit; rétention d'urine et incontinence des matières fécales. Comme traitement : émissions sanguines, purgatif, frictions stimulantes sur les membres inférieurs et repos horizontal sur la face dorsale du tronc. Des phlyctènes se produisirent bientôt sur le membre gauche œdématié, puis des escharres dans les régions sacrées et trochantériennes, un phlegmon gangréneux dans la cuisse droite, etc., et le malade succomba le cinquante-quatrième jour après l'accident.

Les deux particularités sur lesquelles M. Castex appelle spécialement l'attention sont : 1° la production des accidents gangréneux et 2° la multiplicité des lésions osseuses (fracture complexe et luxation) au niveau du point traumatisé.

Pour M. Guéniot, les accidents gangréneux reconnurent vraisemblablement pour causes, dans ce cas, l'*œdème* des tissus, si commun dans les membres paralysés, et l'*irritation* produite sur la peau par les excrétions involontaires. Les émissions sanguines, pratiquées au début, et les frictions stimulantes, employées plus tard, ont peut-être concouru aussi, d'une façon indirecte, à la manifestation de cette complication. Quant à la luxation de la vertèbre, il est difficile de s'en expliquer le mécanisme.

M. Castex fait à cet égard deux hypothèses, auxquelles on peut adresser beaucoup d'objections. M. Guéniot serait disposé à penser que l'un des deux fragments de la fracture vertébrale était seul luxé en arrière, et que l'autre fragment, ou fragment antéro-inférieur était réellement resté en place. On comprendrait ainsi l'existence d'une luxation qui, d'après les détails de l'observation, paraît inexplicable autrement.

M. Guéniot conclut à l'adoption des deux propositions suivantes :

1° Adresser des remerciements à l'auteur;

2° Déposer son intéressante observation dans les archives.

Ces deux propositions sont mises aux voix et adoptées.

NOMINATION DE COMMISSIONS.

Commission des *Membres correspondants nationaux :*

Sont élus : MM. Chassaignac.
Tillaux.
Broca.
Verneuil.
Trélat.

Commission des *Membres correspondants étrangers* :

Sont élus : MM. Giraldès.
Lefort.
Panas.
Duplay.
Trélat.

COMMUNICATION.

Résection du coude.

M. Verneuil. Il y a quelques mois, j'ai communiqué une observation de résection du coude, pratiquée presque immédiatement après l'accident qui avait déterminé une plaie pénétrante de l'articulation. J'avais obtenu une guérison complète. Ma conduite a cependant été l'objet des critiques de quelques-uns de nos collègues; j'ai été sensible à ces critiques, et un nouvel exemple de plaie pénétrante s'étant présenté à mon observation, j'ai voulu faire de la chirurgie expectante, mais malheureusement j'ai perdu mon malade.

Le blessé dont il s'agit était un employé au chemin de fer, il eut le coude pris entre deux tampons.

Lorsque je le vis, le coude était très-gros et il existait une petite plaie qui donnait issue à une grande quantité de sang veineux. Je crus d'abord à une luxation du coude, puis je rejetai ce diagnostic.

Je fis établir une irrigation continue. Il y eut d'abord du soulagement, mais le troisième jour, je vis qu'une partie de la peau était destinée à tomber en sphacèle. Je profitai de l'existence de cette large escharre pour faire un débridement de 10 centimètres. Par cette ouverture, je ramenai un fragment osseux gros comme une noisette, et je pus m'assurer qu'il existait une fracture du coude, pénétrant dans l'articulation.

Le malade était alors dans un état général des plus satisfaisants. Je fus tenté de faire la résection séance tenante; mais je pensai qu'on pourrait m'accuser d'avoir agi trop vite, et je différai, puis je changeai mon système de pansement.

J'avais gardé le souvenir d'un blessé qui, dans un cas très-grave, avait été guéri par l'usage du bain continu avec un mélange désinfectant.

Je mis le bras de mon malade dans un bain préparé de cette façon, je l'y ai laissé pendant vingt-huit jours. Son état a été très-satisfaisant et j'ai cru un moment qu'il allait guérir. Cependant, il sortait

quelques petites esquilles et il se forma une collection purulente qui fut ouverte.

La température, qui avait été notée très-exactement, montait toujours. On avait noté 39°,2, puis 39°,3 et, dans les derniers jours, 40° le soir. Chose très-importante à signaler au point de vue du pronostic, la fièvre apparente ne se montra que lorsque, depuis trois jours déjà, la température avait atteint 39°,5.

Vendredi dernier, on m'annonça que le malade avait eu un grand malaise et un vomissement. A ce moment, il existait un gonflement du bras et une rougeur diffuse mal caractérisée. Le thermomètre atteignait 40°.

Je me suis alors décidé à pratiquer la résection. J'ai enlevé la cupule du radius et abattu l'olécrâne et environ 3 centimètres de l'humérus. J'avais utilisé, pour aller à la recherche des surfaces osseuses, l'ouverture résultant de la chute de l'escharre. Le malade a perdu peu de sang et s'est bien remis de l'opération.

Je dois noter un phénomène fort important quoique léger en apparence. La veille du jour où le malade avait eu un vomissement, il avait eu un petit crachement de sang, et cependant l'examen de la poitrine n'avait rien révélé de suspect.

Je donnai une potion à l'aconit et à la teinture de digitale. Elle ne put être supportée; mais cependant la soirée se passa très-bien.

Vingt et une heures après l'opération, le malade était malaise, il était couvert de sueur.

Le pansement était fait avec de la charpie imbibée d'alcool et de liqueur de Labarraque, et un drain avait été placé pour faciliter l'écoulement des liquides.

Dans la journée du samedi, le malade eut des étouffements, de l'anxiété, du délire, et à neuf heures du soir, il était mort.

Autopsie. — Il n'existait aucunes traces de phlébite, ni d'angiolemite, ni de phlegmon diffus. La rougeur diffuse, que j'avais observée, était due à un érysipèle.

Les viscères étaient en assez mauvais état. La rate était volumineuse, friable; le foie en voie de régression graisseuse; les reins étaient rouges et congestionnés, les poumons, tellement congestionnés, que l'on aurait cru à un commencement d'hépatisation. La congestion occupait toute l'étendue des deux poumons, et c'est à cette lésion que le malade a succombé.

La résection ne me paraît pas avoir déterminé la mort, et je regrette de ne l'avoir pas pratiquée beaucoup plus tôt, soit le quatrième jour après l'accident, soit au moment où j'ai retiré un séquestre.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. Tillaux présente, au nom de M. Nicaise, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, une *aiguille élastique, destinée à passer la scie à chaîne dans les résections.*

M. Chassaignac. Je crois être le promoteur de l'emploi de l'aiguille d'Astley Cooper, pour le passage de la scie à chaîne dans les résections. J'avais fait construire des aiguilles spéciales pour répondre aux différents cas. Il est toujours difficile de passer la scie à chaîne, et il faudrait trouver des moyens de section qui permissent d'abandonner cet instrument. Je crois que l'aiguille de M. Nicaise péchera par son défaut de rigidité, de solidité, lorsqu'on voudra lui faire contourner un os incomplétement dénudé.

M. Forget. Je m'associe tout à fait à la dernière remarque de M. Chassaignac, et je crois que l'aiguille pourra s'incurver contre les plans musculaires ou fibreux.

M. Depaul. Je suis étonné d'entendre M. Tillaux dire que l'idée de faire construire une aiguille courbe flexible est une idée nouvelle. Il y a quinze ans, j'en ai fait construire une pour passer la scie à chaîne autour du cou; mais j'ai dû y renoncer et donner la préférence à l'emploi de grandes et fortes cisailles.

M. Broca. La nature des obstacles qui ont fait échouer M. Depaul étaient tout spéciaux au cou de l'enfant sur lequel il portait l'instrument.

Ils ne se présenteront pas dans les résections, parce qu'il y a une surface dure que suivra l'instrument.

M. Tillaux. Cette aiguille a la même courbure que la sonde d'Astley Cooper, et, de plus, cette courbure peut devenir plus grande et la pointe de l'instrument n'abandonne jamais l'os. Pour se servir de cet instrument, il faut d'abord bien dénuder l'os.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Présentation d'un pied atteint d'éléphantiasis des Grecs.

M. Sistach. J'ai l'honneur d'offrir à la Société de chirurgie le pied d'un Arabe, qui est atteint d'éléphantiasis des Grecs, maladie excessivement rare en France et même en Algérie. Voici les quelques renseignements que j'ai pu recueillir, dans ce cas, sur l'origine et la marche de cette affection.

H... K.-G., âgé de 45 ans, né à Constantine, a été atteint, vers l'âge de 8 ans, d'ulcères au cou, qu'indiquent encore des cicatrices régu-

lières. Nul indice, d'ailleurs, d'affection syphilitique ancienne ou récente, et aveux négatifs du malade à ce sujet. Les parents de cet Arabe n'ont jamais été atteints d'éléphantiasis.

En 1857, H... part pour l'Égypte et habite, pendant quatre ans, successivement la Mecque et le Caire, où il exerce le métier de cordonnier, sans avoir jamais été malade.

De retour en Algérie, en 1861, H... fait, pendant la traversée de la Méditerranée, une chute, qui produit sur le cou-de-pied gauche une plaie contuse, dont la guérison ne survient qu'au bout de trois mois.

Environ deux mois après, apparition sur la cicatrice d'un ulcère, qui s'étend progressivement en largeur et en profondeur, et détertermine sur les os du tarse des lésions osseuses multiples, malgré les diverses médications générales et locales (huile de foie de morue, iodure de potassium, préparations mercurielles, injections et topiques variés) qui ont été employées pendant un séjour de trois années consécutives qu'il a passées presque complétement dans un hôpital. Un séjour d'un mois et demi à l'établissement thermal d'Hammam-Meskoutin ne produisit également nulle amélioration. Et, de temps en temps, il y avait issue par l'ulcère de lamelles osseuses nécrosées.

Depuis deux ans, H... n'était plus entré dans les hôpitaux, lorsqu'il vint réclamer mes conseils en juillet 1867. Le 20 du même mois, il entrait dans mon service, à l'hôpital militaire de Constantine. Après avoir soumis ce malade, sans résultat, à l'iodure de potassium, à doses progressivement croissantes, ainsi qu'à l'huile de foie de morue et à des injections variées de teinture d'iode, je me décidai d'autant mieux au sacrifice du membre, que le mal prenait toujours de l'extension, et que les ulcérations et les tubercules remontaient jusque vers la partie moyenne de la jambe, où la peau offrait déjà une dureté spéciale.

Le 30 août 1867, je pratiquai l'amputation de la jambe au lieu d'élection, par la méthode ovalaire, et, deux mois après, le malade sortait de l'hôpital complétement guéri et sans que nulle complication eût entravé la marche naturelle de la cicatrisation du moignon.

Si l'on tient compte, et des lésions osseuses qui existent principalement sur le tarse, de la déformation et des distorsions des orteils et du pied, ainsi que de la présence de quelques tubercules aux environs de l'ulcère, nous avons ici, d'après MM. Danielsen et Boeck (1), un exemple de l'association des formes tuberculeuse et anesthésique de

(1) *Traité de la spédalskhed*. Paris, 1848.

l'éléphantiasis. Mais nous devons ajouter que nous avons vainement recherché, chez notre malade, l'insensibilité des membres, du tronc et du visage, qu'un de nos collègues de l'armée, M. Poncet a, de son côté, constatée au Mexique (1) dans la forme anesthésique de cette affection.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 16 DECEMBRE 1868

Presidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— Le *Bulletin général de thérapeutique*.

— Le *journal de médecine et de chirurgie pratique*.

— La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— *Contagion de la phthisie pulmonaire*. Rapport lu à la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulon, par le docteur Armieux.

— *Trattato teorico-pratico sulle mallatie veneree*, par le docteur J. Galligo, de Florence. In-8 de 1,000 pages.

RAPPORTS

M. Verneuil lit un rapport sur un travail, de M. Louis Thomas, de Tours, intitulé : *Polype naso-pharyngien à embranchements multiples, traité et guéri par arrachement, avec résection préalable du maxillaire supérieur et tamponnement préliminaire de la fosse nasale correspondante.*

Messieurs,

Sous le titre modeste de *Note sur un cas d'ablation du maxillaire supérieur*, M. Louis Thomas vous a adressé un fait qui mérite, à plusieurs titres, de fixer votre attention.

Il s'agit d'un polype fibreux naso-pharyngien, redoutable affection

---

(1) *Rec. de mém. de méd., chir., militaires*, 1864, t.12, p. 307.

qui, depuis plusieurs années, est l'objet de vos études. En second lieu, ayant à choisir entre les nombreux procédés que l'on emploie contre ces tumeurs, M. Thomas a opté pour l'ablation de l'os maxillaire supérieur en totalité, en respectant toutefois le plancher de l'orbite.

Enfin, pour éviter un des inconvénients principaux de cette résection et pour accorder au patient les bienfaits de l'anesthésie, notre confrère a utilisé un perfectionnement récemment introduit par votre rapporteur lui-même. Je veux parler du tamponnement préliminaire de la fosse nasale du côté malade.

Le succès qui a couronné la conception et l'exécution de ce plan opératoire atteste déjà la sagacité et l'habileté de l'auteur, mais il n'est pas superflu de montrer que la réussite n'a pas été un hasard heureux, et qu'en pareille occurrence il conviendrait d'imiter scrupuleusement la conduite du jeune chirurgien de Tours.

Un petit paysan d'Indre-et-Loire, âgé de 16 ans, maigre et pâle, était affecté de son mal depuis 18 mois environ quand il fut amené à M. Thomas en février 1868. Des douleurs violentes, des hémorrhagies répétées et abondantes, une déformation notable du côté gauche de la face, indiquaient nettement la nature du mal.

Le médecin ordinaire avait extrait déjà de la narine gauche l'embranchement qui obturait cette cavité, laquelle était redevenue momentanément perméable.

M. Thomas, après un examen minutieux, porta le diagnostic suivant :

1° Fibrôme occupant la partie supérieure du pharynx du côté gauche, s'insérant dans le point le plus élevé de cette cavité, sans qu'on puisse préciser davantage le lieu d'implantation;

2° Prolongement volumineux dans l'épaisseur de la joue, et refoulant le cul-de-sac gengivo-labial;

3° Prolongement probable dans l'intérieur du sinus maxillaire.

Avec ce diagnostic, que la suite confirma pleinement, M. Thomas pensa que toute opération préliminaire à voie étroite serait insuffisante, et qu'il fallait résolûment sacrifier le maxillaire. Votre rapporteur, ayant toujours soutenu les mêmes principes, ne peut qu'approuver ces choses, et il serait prêt, aujourd'hui même, à l'appuyer de son autorité.

Mais quoique innocente en elle-même et d'une exécution assez facile, la résection du maxillaire n'est pas sans inconvénients, elle provoque un écoulement de sang notable, et comme on redoute l'entrée de ce sang dans les voies aériennes ou dans les voies digestives, on est encore dans l'habitude d'opérer sans endormir les ma-

lades, ou du moins de n'administrer le chloroforme que pendant les premiers temps de l'opération.

Or, le patient n'avait accepté l'action chirurgicale qu'à la condition de ne point souffrir, et M. Thomas lui avait promis qu'il en serait ainsi.

Pour tenir sa promesse et pour pouvoir achever l'opération sans souci de la pénétration du sang dans l'arrière-gorge, notre confrère songea à utiliser quelques préceptes que j'ai formulés pour des cas analogues et que je vous demande la permission de reproduire ici :

1° Tamponner préalablement l'arrière-narine du côté affecté;

2° Détacher d'abord l'os maxillaire en haut et en dehors à la faveur des incisions externes, et sans pénétrer dans la bouche;

3° Réserver, pour le dernier temps, la section de la voûte palatine afin que la cavité buccale ne soit ouverte que quelques instants avant la fin de l'opération.

Ce programme fut suivi de point en point. Le tamponnement fut d'abord pratiqué, puis le chloroforme administré, ensuite les incisions externes furent pratiquées, à peu de choses près, comme dans le procédé de Gensoul. Le lambeau relevé, on sectionna la branche montante, puis la connexion à l'os malaire, et enfin la voûte palatine. Le tout fut promptement achevé. Tout cela fut fait rapidement, et l'os maxillaire, sain, avec un davier, fut luxé avant que le malade ne fût éveillé. Dans l'arrachement de l'os, le plancher de l'orbite resta en place, ce que M. Thomas ne regretta point. Il fallait encore détacher avec les ciseaux quelques parties molles que retenait le maxillaire en arrière du col du voile du palais. Mais tout cela se fit sans difficultés et très-rapidement.

Restait à pratiquer l'ablation du polype. Grâce à la large voie ouverte, le pédicule était devenu facilement accessible. Énergiquement saisi avec un très-fort davier à résection et tordu à plusieurs reprises et en sens inverse, il céda après quelques efforts, et amena avec lui le corps fibreux tout entier.

Il n'en résulta qu'un écoulement sanguin très-léger. L'éradication parut si complète, et les points d'insection si nets, qu'aucune cautérisation ne parut nécessaire.

Ainsi s'était achevée, en quelques minutes, et sans aucun accident, cette importante extirpation. Le patient n'avait rien senti pendant toute l'opération, et n'avait conservé de celle-ci aucun souvenir. On procéda à la réunion des lambeaux, et la guérison s'effectua très-aisément.

Pour vous convaincre de l'utilité de la résection du maxillaire, il

vous suffira de jeter les yeux sur deux figures très-bien exécutées et qui sont jointes à l'observation. Vous serez persuadés, comme moi, que nul autre procédé n'aurait permis une éradication aussi simple, aussi prompte et aussi radicale.

Permettez-moi d'insister encore sur deux petits points du *Manuel opératoire*. Je veux parler de la conservation du plancher de l'orbite et de la section de la voûte palatine.

Alors même qu'on a besoin d'une large voie pour aborder le pharynx, et que dans ce but on sacrifie l'os maxillaire, il est bon de ménager le plancher de l'orbite, car sa destruction prive l'œil d'un point d'appui fort utile sans faciliter notablement l'ablation du polype.

Or, cette conservation est facile à obtenir. Pour cela, après avoir divisé l'apophyse montante et séparé l'os malaire, on conduit à petits coups le ciseau parallèlement au bord inférieur de l'orbite et à quelques millimètres de ce bord. On sectionne ainsi la paroi antérieure du sinus, et on laisse en place tout le plancher orbitaire.

La section de la voûte palatine peut également se faire de la narine vers la bouche ou de haut en bas avec une scie droite et forte, ou d'avant en arrière avec le ciseau ou la pince de Liston. De toute façon, sans qu'il soit besoin d'écarter les mâchoires pour introduire et faire manœuvrer la scie à chaîne, instrument dont pour ma part je ne me sers plus pour ce genre d'opération.

Les connexions osseuses du maxillaire étant détruites, l'os est alors énergiquement ébranlé; et lorsqu'il cède, retenu seulement par ses liens muqueux (voile du palais et membrane gengivo-génale), on divise vivement ceux-ci avec des ciseaux, et la masse tout entière se détache sans peine.

C'est alors seulement que le sang coule dans la cavité buccale, mais en petite quantité, si l'on a soin de remplacer aussitôt la pièce osseuse par un volumineux tampon de charpie fortement appliqué dans le vide produit.

Je ne vous cacherai pas, Messieurs, la satisfaction que j'ai éprouvée en voyant avec quel succès M. Thomas a appliqué à la résection du maxillaire sain des préceptes opératoires que j'avais expérimentés et préconisés pour des cas pathologiques différents. Il me semble, en effet, que si l'on est heureux de tirer soi-même parti des innovations qu'on a imaginées, on s'affermit davantage dans ses convictions quand les innovations susdites réussissent en d'autres mains.

J'en conclus que dans le cas spécial où s'est trouvé notre jeune confrère, le tamponnement préalable des fosses nasales et l'ouverture tardive de la cavité buccale sont d'une utilité incontestable. J'en con-

clus encore que M. Thomas a mené à bien une entreprise toujours malaisée, en mettant à profit, avec hardiesse et sagacité, toutes les ressources que l'art opératoire lui offrait.

J'ajoute qu'il ne s'agit point ici d'un de ces succès passagers, trop communs dans l'histoire clinique des polypes naso-pharyngiens. Tout fait présager une guérison complète. En effet, le petit malade a été revu au mois de novembre dernier, rien ne faisait présager la récidive.

Votre Commississtion a l'honneur de vous proposer :

1° De renvoyer l'observation de M. Louis Thomas au bulletin ;

2° D'inscrire M. Thomas sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Note sur un cas d'ablation du maxillaire supérieur

Par M. Louis Thomas (de Tours).

La crainte de voir le sang s'introduire dans les voies aériennes et par suite produire l'asphyxie fait rejeter, par la majorité des chirurgiens, l'emploi des anesthésiques pour un très-grand nombre des opérations qui se pratiquent sur la face.

Dans l'article *Anesthésie* du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, M. Giraldès considère cette crainte comme tout à fait illusoire. Pour lui, la seule contre-indication à l'emploi des anesthésiques est la position assise du patient. Toutes les fois que l'opération peut être faite, le malade étant placé dans la position horizontale, il y a utilité à employer l'anesthésie. « Dans cette position, dit-il, le sang coule plutôt dans le pharynx et dans l'œsophage que dans les voies aériennes. J'ai eu maintes fois l'occasion de m'en assurer, en pratiquant chez des enfants des opérations au fond du gosier ou des becs-de-lièvre compliqués même de l'ablation de la mâchoire supérieure. »

On peut objecter à M. Giraldès que si le sang coule plutôt dans le pharynx et dans l'œsophage, il ne s'ensuit pas cependant qu'il ne puisse jamais couler dans les voies aériennes. Qui peut répondre en effet qu'un caillot sanguin situé dans le pharynx, au niveau de l'orifice supérieur du larynx, ne sera pas entraîné à travers les lèvres de la glotte pendant l'inspiration? Aussi l'absence d'accidents, dans les opérations que rapporte M. Giraldès, ne suffit pas, à mon avis, pour établir l'innocuité complète de l'anesthésie en pareil cas. Pour ces raisons,

les assertions de M. Giraldès ne me semblent pas de nature à dissiper complétement les craintes des chirurgiens, et je pense que des moyens capables de prévenir, pendant les opérations qui se pratiquent sur la face, l'écoulement du sang dans le pharynx et par suite dans les voies aériennes, contribueront mieux à rassurer les opérateurs et à étendre à ces opérations l'usage des anesthésiques.

Dans un travail récent lu à l'Académie de médecine (séance du 6 août 1867), *sur les moyens propres à atténuer les inconvénients de l'écoulement sanguin dans certaines opérations pratiquées sur la face*, M. le professeur Verneuil signale « les services que peut rendre le tamponnement des fosses nasales dans les opérations sanglantes pratiquées sur l'auvent nasal, l'intérieur des fosses nasales, le sinus maxillaire, les parties élevées de la mâchoire supérieure, dans tous les cas où le sang menace de s'introduire dans le pharynx. Ce tamponnement, dit-il, en supprimant l'écoulement sanguin postérieur, rend possible l'anesthésie pendant toute la durée de l'opération. »

J'ai eu dernièrement occasion de mettre en pratique les conseils donnés par M. Verneuil. Il m'a été possible d'endormir mon malade complétement et sans crainte d'écoulement sanguin dans les voies aériennes, pendant toute la durée de cette terrible opération. A ce titre, le procédé auquel j'ai eu recours m'a paru digne d'être signalé; on en trouvera la description dans l'observation suivante.

Le nommé G..., de Saint-Nicolas-de-Bourgueil (Indre-et-Loire), âgé de 16 ans, maigre et grêle, mais doué d'une bonne santé habituelle et issu de parents bien portants, commença à éprouver, il y a dix-huit mois environ, de la gêne de la respiration nasale, et de l'enchifrènement de la narine gauche. La voix était en même temps devenue nasonnée. Espérant que ces accidents cesseraient spontanément, ce jeune homme resta longtemps sans s'en préoccuper; mais, loin de disparaître, chaque jour ils étaient plus prononcés. La joue gauche devenait en outre plus saillante que celle du côté droit, et il existait en même temps un peu de gêne pour écarter les mâchoires.

Survinrent alors, à des intervalles irréguliers, mais assez éloignés, des douleurs très-vives, irradiant dans tout le côté gauche de la face et du crâne. Ces douleurs, qui duraient quelquefois plusieurs jours, cessaient ordinairement après l'apparition subite d'une hémorrhagie par le nez et la bouche. Le malade estime qu'il perdait environ un plein verre de sang, puis l'hémorrhagie s'arrêtait spontanément.

Le retour de ces douleurs et de ces hémorrhagies devenant plus fréquent, le malade réclama enfin les soins du docteur Lemesle (de Bourgueil) qui, ayant reconnu dans la fosse nasale gauche la présence d'une

production morbide, en tenta l'arrachement. Il réussit ainsi à débarrasser la fosse nasale d'une partie de son contenu et à en rétablir la perméabilité.

Cette opération ne produisit qu'une très-faible amélioration dans l'état du malade, que M. Lemesle me fit l'honneur de m'adresser dans les premiers jours du mois de février 1868.

A première vue, je fus frappé du défaut de symétrie qui existait entre les deux moitiés de la face. La partie gauche était plus saillante que celle du côté opposé et le nez notablement dévié à droite. Les fosses nasales ne paraissaient contenir aucune production morbide et l'air les traversait assez facilement. L'intérieur de la bouche ne présentait non plus rien d'anormal; la voûte palatine était très-élevée et très-étroite, le voile du palais non déprimé et la cavité pharyngienne complètement libre. J'introduisis alors le doigt derrière le voile du palais, et je constatai en ce point la présence d'une tumeur dure, un peu irrégulière. ayant le volume d'une petite noix et descendant presque jusqu'au bord libre du voile du palais. Le doigt pouvait être promené autour de la tumeur, mais je ne pus reconnaître en quel point se trouvait son implantation.

Explorant ensuite avec le doigt introduit dans le sillon gingivo-labial la face externe du maxillaire supérieur gauche, je reconnus l'existence d'une autre tumeur qui venait s'épanouir dans l'épaisseur de la joue en contournant le bord postérieur du maxillaire. Cette tumeur était dure, indolente, un peu aplatie latéralement pour s'appliquer sur la face externe du maxillaire, et avait à peu près le volume du pouce.

Le diagnostic n'était pas douteux, je me trouvais en présence d'un polype naso-pharyngien, ayant un embranchement pharyngien et un embranchement génien. La saillie exagérée du maxillaire supérieur gauche était-elle due en outre à la distension du sinus de cet os par un prolongement du polype? C'est ce qu'il était permis de supposer. Restait à résoudre une question importante, celle du traitement à mettre en pratique. Une opération préliminaire était nécessaire pour faire l'ablation de ce polype. A laquelle devais-je donner la préférence ?

La résection de la partie postérieure de la voûte palatine, suivant la méthode de M. Nélaton, ne pouvait me permettre d'atteindre tous les prolongements de la tumeur. La voûte palatine présentait en outre une disposition ogivale peu favorable pour pratiquer cette opération. Il y avait bien des raisons de penser que la résection partielle du maxillaire ne fournirait non plus qu'une voie insuffisante pour faire

l'ablation du polype. Aussi est-ce à la résection totale du maxillaire que je crus devoir donner la préférence.

M. le professeur Verneuil, auquel j'eus l'occasion de montrer ce malade quelques jours après, partagea mon opinion. Comme moi, il jugea l'ablation du maxillaire nécessaire et seule capable d'assurerl guérison. Cette opération fut acceptée par le malade, mais il réclamait instamment d'être endormi. Pour satisfaire cette exigence sans courir la chance de l'introduction du sang dans les voies aériennes, voici le procédé auquel j'eus recours le 12 mars 1868, en présence et avec l'aide des docteurs Lemesle (de Bourgueil), Dugenet (de Tours), et Thomas (de Ligueil).

Le malade étant couché, je pratiquai le tamponnement de la fosse nasale gauche, puis le chloroforme fut administré, et c'est seulement lorsque le malade fut complètement endormi que je procédai à l'opération.

Je fis une première incision horizontale ou très-légèrement oblique en haut, partant de l'aile du nez et ayant une étendue de 3 à 4 centimètres. Pour faire cette incision, j'avais saisi la lèvre supérieure entre le pouce et l'index gauches, et je m'étais ainsi assuré que le sillon gingivo-labial serait respecté. Des extrémités de cette première incision j'en fis partir deux autres : l'une dirigée en haut et en dedans suivant le sillon naso-génien et ayant environ 3 centimètres ; l'autre dirigée en haut et en dehors vers la saillie de l'os malaire dans une étendue de 4 centimètres. Je respectai ainsi l'intérieur de la bouche, j'évitai la lésion du canal de Sténon et je ménageai quelques-uns des filets du nerf facial qui se rendent à la paupière inférieure.

Je procédai ensuite à la dissection du lambeau circonscrit par ces incisions, puis je pratiquai à l'aide de la scie à chaîne la division de l'os malaire et de l'apophyse montante du maxillaire. Ces différents temps de l'opération s'accomplirent pendant l'anesthésie du patient et, grâce au tamponnement de la fosse nasale correspondante, sans qu'une seule goutte de sang pût couler dans le pharynx.

Il me restait à faire la section de la voûte palatine et du bord alvéolaire, et, pour pouvoir entretenir l'anesthésie sans danger, il fallait éviter encore l'écoulement du sang dans le pharynx. Pour cela je divisai la lèvre supérieure dans toute sa hauteur par une incision verticale partant de l'extrémité interne de l'incision horizontale que j'avais faite au début. Puis, je fis serrer fortement, entre les doigts, par deux aides, les lambeaux résultant de cette incision, de façon à s'opposer à l'écoulement sanguin, et, ayant arraché la deuxième incisive latérale gauche, je tentai, avec une petite scie à main introduite dans la

fosse nasale de diviser le bord alvéolaire et la voûte palatine. Je me proposais de pratiquer cette section rapidement en intéressant *le moins possible* la muqueuse, par suite de la facilité avec laquelle se décolle le périoste de la voûte palatine ; j'aurais pu ainsi ébranler le maxillaire et en produire la luxation sans qu'il y eût un écoulement sanguin notable dans le pharynx. Mais je ne pus réaliser mon programme, je n'avais à ma disposition qu'une scie à main trop grande et trop flexible, tandis qu'une scie à main étroite et solide eût été nécessaire pour pratiquer cette partie de l'opération. Aussi, rencontrant quelques difficultés j'eus recours à la scie à chaîne introduite avec la sonde de Belloc par une incision du voile du palais. Ce temps de l'opération s'exécuta rapidement et je pus produire la luxation du maxillaire avant que le malade ne fût éveillé. La paroi inférieure du sinus maxillaire céda sous la pression du davier avec lequel j'avais saisi l'os pour le luxer, et la paroi inférieure de l'orbite fut ainsi presque complétement ménagée.

Lorsque le malade commença à s'éveiller, je divisai, en terminant par le voile du palais, les parties molles qui seules retenaient le maxillaire en place.

J'eus alors lieu de m'applaudir de l'ablation totale du maxillaire ; le polype était plus volumineux qu'il n'était permis de le supposer avant l'opération. Je détachai quelques adhérences contractées avec les parties voisines par l'embranchement génien qui envoyait un prolongement jusque dans la fosse zygomatique. Puis saisissant fortement le polype, aussi près que possible de son pédicule, avec un très-fort davier à résection, j'en fis la torsion en l'attirant à moi. Après plusieurs tentatives, mes efforts furent couronnés de succès et j'entraînai complétement le polype. Cet arrachement ne donna lieu qu'à un très-léger écoulement sanguin. La cavité du sinus sphénoïde qui aurait pu recevoir une noix était complètement dépouillée de son périoste. Le doigt porté sur le corps du sphénoïde et l'apophyse basilaire ne rencontre aucun débris de la tumeur. Je ne crus pas nécessaire de faire de cautérisation au niveau de l'insertion du pédicule, et après m'être assuré que l'écoulement sanguin avait cessé, je procédai à la réunion des lambeaux.

Quatorze points du suture furent nécessaires pour obtenir leur coaptation exacte.

Les suites de cette opération furent très-simples. Il y eut une réaction très-légère. Le sixième jour j'enlevai les fils métalliques. La réunion eut lieu par première intention pour les incisions supérieures et la plus grande partie de l'incision horizontale. La réunion eut lieu

également par première intention dans le tiers inférieur du niveau de la lèvre et au niveau de son bord libre.

Le malade quitta Tours complétement guéri dans les premiers jours du mois d'avril. Il m'a souvent répété qu'il n'avait pas souffert pendant l'opération et n'en avait gardé aucun souvenir.

J'ai eu depuis lors l'occasion de l'examiner avec le miroir pharyngien, il n'y a pas d'apparence de récidive. La cicatrice de l'incision horizontale est déprimée et la lèvre supérieure attirée en haut, il existe même une encoche, par rétraction de la cicatrice, au niveau de son bord libre. L'application d'une pièce prothétique pourra remédier en partie à cette difformité.

L'examen du polype me montra qu'il avait bien été enlevé complétement. Les figures, que je dois à l'obligeance de M. Blanchet, interne à l'hôpital de Tours, en sont la reproduction exacte et de grandeur naturelle. Ce polype présentait 1° un embranchement pharyngien; 2° un embranchement génien, ayant traversé le trou sphéno-palatin et la fente ptérygo-maxillaire et envoyant un prolongement dans la fosse zygomatique (au-dessous de l'arcade de ce nom; cette partie de la tumeur présente une sorte d'étranglement); 3° un embranchement dans la cavité du sinus maxillaire; 4° un embranchement, peu volumineux, dans la fosse nasale gauche; 5° enfin un prolongement dans le sinus du sphénoïde. Le pédicule avait à peine l'étendue d'une pièce d'un franc, et sur une partie de sa circonférence, il existait de petites lamelles osseuses qui avaient été arrachées avec lui. Ce polype était très-dur, peu vasculaire et semblait bien évidemment de nature fibreuse. Il présentait cette particularité qu'il envoyait un prolongement génien très-volumineux, tandis qu'il ne présentait que des dimensions assez restreintes du côté des fosses nasales. L'examen de cette pièce justifiait donc bien l'opération préliminaire que j'avais pratiquée.

Cette opération a pu être faite pendant l'anesthésie, sans exposer le patient aux dangers de la pénétration du sang dans les voies aériennes. Dans ce but, j'ai eu recours à un procédé qui m'a été inspiré par la lecture d'un travail de M. le professeur Verneuil, dans lequel ce chirurgien signale les services que peut rendre le tamponnement des fosses nasales dans un grand nombre des opérations sanglantes qui se pratiquent sur la face. Ce procédé se rapproche de celui de Gensoul par la direction des incisions, mais il en diffère par leur moindre étendue et surtout par la succession des temps de l'opération. Ainsi au lieu de faire d'abord la section des parties molles, puis celle des os, j'ai divisé les attaches supérieures du maxillaire et ensuite ses

parties inférieures, de façon à ne pénétrer dans la cavité buccale que pendant le dernier temps de l'opération et seulement après avoir fait toutes les sections osseuses, ébranlé et luxé le maxillaire qui ne se trouve plus alors maintenu que par les parties molles. Grâce au tamponnement des fosses nasales, le sang ne peut couler dans le pharynx. Il n'y a donc plus à redouter sa pénétration dans les voies aériennes, d'où plus de contre-indication à l'emploi des anesthésiques.

RAPPORT.

M. PAULET lit un rapport sur un travail, de M. Rouge, de Lausanne, intitulé : *Anévrysme de la carotide primitive droite, guéri par la compression digitale indirecte et intermittente.*

Messieurs,

Dans le courant du mois d'octobre dernier, la Société de chirurgie a reçu de M. le docteur Rouge, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne, un travail intitulé : *Anévrysme de la carotide primitive droite, guéri par la compression digitale, indirecte et intermittente.* Ce travail a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Després, de Saint-Germain, Paulet, et c'est comme rapporteur de cette commission que je viens aujourd'hui vous en rendre compte.

Placé à la tête d'un important service de chirurgie, l'auteur a eu plusieurs fois déjà l'occasion d'observer des tumeurs anévrysmales; c'est ainsi qu'il rappelle, mais brièvement et à titre de simple mention, un anévrysme du tronc brachio-céphalique, un autre de l'artère sous-clavière, un anévrysme sacciforme de l'aorte thoracique et enfin un anévrysme poplité qu'il a traité et guéri après 120 heures de compression digitale et mécanique indirecte, intermittente.

L'intéressante observation dont j'ai à vous entretenir est relative à un anévrysme de l'artère carotide primitive droite. Le malade a 68 ans; il est vigoureux et a toujours joui d'une excellente santé. En 1854, un timon de voiture l'atteint à la partie supérieure de la poitrine et le renverse évanoui; mais malgré la violence de cette contusion, il se rétablit en quelques jours et ne paraît pas s'être jamais ressenti de cet acident.

C'est seulement en 1865 qu'apparut au côté droit du cou une tumeur du volume d'une noisette; mais l'affection était indolente, il la négligea. Deux ans après, en 1867, la tumeur s'accroissait rapidement en même temps qu'apparaissaient des douleurs de plus en plus vives. Pressé par la souffrance, il se présentait à M. Rouge, qui, assisté de deux confrères, diagnostiqua sans peine un anévrysme de la carotide

Primitive. Le malade se refusa d'ailleurs à toute espèce de traitement jusqu'à la fin de l'hiver suivant et n'entra à l'hôpital de Lausanne que le 6 mars 1868. A cette époque la tumeur avait acquis 12 centimètres de long sur 11 de large, elle était située sous le sterno-mastoïdien droit et s'étendait depuis le bord inférieur du cartilage cricoïde jusqu'au sommet de l'apophyse mastoïde; son point le plus volumineux correspondait au niveau de l'angle de la mâchoire. Grâce aux belles photographies qui accompagnent la relation de M. Rouge, on peut d'un seul coup d'œil se rendre un compte exact du développement de la tumeur. Quant à sa nature, il n'y avait pas le moindre doute; pulsations, mouvement expansif, bruit de souffle un peu rude, tous les symptômes caractéristiques des dilatations anévrysmales existaient au plus haut degré et disparaissaient ensemble par la compression de la carotide à sa partie inférieure. La peau n'était ni adhérente ni altérée dans sa couleur. La voix était normale; la respiration et la déglutition s'exécutaient sans gêne. D'après l'auteur, l'anévrysme avait son point d'origine à la hauteur du bord supérieur du cartilage thyroïde, c'est-à-dire au point de bifurcation de la carotide primitive.

Le cou était maigre, l'artère s'isolait facilement et sa longueur au-dessous de la tumeur était suffisante pour qu'on pût songer à pratiquer la compression digitale. C'est en effet ce qui fut exécuté à partir du 12 mars. Le nombre et la durée des séances furent modifiés suivant la tolérance du malade, cependant, en moyenne, la compression fut maintenue pendant sept ou huit heures chaque jour, on alla même jusqu'à neuf heures et demie. Dès le second jour, diminution évidente des battements. A partir du septième, la tumeur revient notablement sur elle-même, le sterno-mastoïdien reprend sa direction normale. Bientôt les battements, les mouvements expansifs et le bruit de souffle disparaissent. Enfin, le 29 mars, on peut considérer le malade comme guéri. La compression digitale avait été appliquée pendant dix-sept jours. Elle avait duré cent trente heures et demie. Toutefois, par mesure de précaution, on continua à comprimer du 2 au 25 avril, mais d'une façon très-intermittente et seulement une heure et demie par jour.

La guérison a été constatée le 8 mai par tous les membres de la société vaudoise de médecine, et depuis cette époque le malade est resté bien portant.

Tel est en quelques mots le résumé du fait intéressant rapporté par M. Rouge. Je veux maintenant appeler votre attention sur quelques judicieuses remarques faites par l'auteur lui-même et sur certaines particularités curieuses qu'a présentées le malade pendant son traitement.

Lorsqu'il s'agit de comprimer la carotide primitive, il semble tout naturel d'appliquer directement les doigts sur la face antérieure du vaisseau et d'aplatir celui-ci contre le plan résistant formé par l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale. C'est ainsi que procéda d'abord le chirurgien de Lausanne; mais les douleurs excessives occasionnées par la compression du pneumo-gastrique, l'obligèrent bientôt à abandonner ce moyen. Le même fait avait déjà été noté par Gioppi, par Delore, et il l'aura certainement été par tous les observateurs qui auront voulu agir de la même façon.

La compression de l'artère contre le tubercule carotidien suspend complétement le cours du sang, aussi restera-t-elle toujours comme une excellente ressource dans les hémorrhagies de la tête et du cou. Mais si cette compression doit être maintenue longtemps, comme lorsqu'il s'agit de traiter un anévrysme par la compression indirecte, elle devient absolument insupportable pour les malades et doit être rejetée.

La même reproche est évidemment applicable à la compression mécanique de la carotide primitive, car tous les compresseurs inventés jusqu'à ce jour n'ont pas d'autre action que d'aplatir l'artère contre la colonne vertébrale et partant de comprimer en même temps le pneumo-gastrique. Il est juste d'ajouter que les fâcheux effets de cette compression ne se manifestent pas aussi souvent qu'on serait porté à le croire, grâce à l'extrême facilité avec laquelle se déplacent les pelotes de ces instruments. En résumé, quand l'instrument agit, il est intolérable; quand il est toléré, c'est qu'il n'agit pas.

M. Rouge voulut aussi faire usage d'un compresseur, mais il dut y renoncer. Quant à la compression digitale, il parvint à la rendre supportable pour son malade en la pratiquant latéralement, comme l'avait déjà fait Gioppi en 1856. Le pouce était placé sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien, les trois doigts suivants sous le bord postérieur du même muscle, et l'artère était saisie et comprimée dans cette sorte de pince. Malgré cette précaution il ne fut pas toujours possible de maintenir le pneumo-gastrique isolé du vaisseau, et à plusieurs reprises le pincement du nerf occasionna des accès de toux.

Un autre inconvénient résulte de la nécessité d'appliquer les doigts toujours sur le même point des téguments. L'artère fémorale, l'artère humérale sont accessibles à la compression dans une assez grande étendue de leur trajet, et l'on peut, en variant les points d'application de la force, éviter les excoriations et les escharres de la peau. Au cou, il n'en est pas de même, ce n'est que sur une très-petite longueur qu'on peut agir efficacement sur la carotide : aussi est-il bien difficile.

sinon impossible, de conserver au tégument toute son intégrité. Dès le troisième jour le malade de M. Rouge avait des excoriations. Néanmoins, en employant quelques moyens préservatifs tels que la poudre de lycopode, le collodion, on put mener à bonne fin ce traitement dont je vous ai déjà fait connaître les heureux résultats.

L'interruption subite du cours du sang dans la carotide ne paraît pas avoir déterminé d'accidents sérieux du côté de l'encéphale, comme on l'a observé trop souvent à la suite de la ligature. Le malade s'est plaint seulement d'un peu de céphalalgie pendant quelques jours.

Par contre, voici un fait assez singulier que semble avoir produit l'arrêt de la circulation artérielle. Lors de son entrée à l'hôpital, le malade portait à la face, au point de jonction de la narine droite avec le sillon naso-labial, une excroissance verruqueuse très-vasculaire, grosse comme une noisette. Pendant le cours de la compression, cette petite tumeur se flétrit, se sphacéla, et l'ulcération qui résulta de la chute de l'escharre devint le point de départ d'un érysipèle qui gagna le cuir chevelu, la face entière et le cou. Preuve évidente que les anastomoses artérielles entre les deux moitiés de la face ne sont pas toujours suffisantes pour rétablir rapidement le cours du sang!

Enfin, il existait une cataracte double, un peu plus avancée à droite qu'à gauche. Après la guérison de l'anévrysme, la cataracte était restée stationnaire du côté gauche, tandis que l'opacité du cristallin était devenue complète du côté où la carotide avait été comprimée.

M. Rouge termine son travail en rappelant sommairement les cas connus jusqu'ici et dans lesquels la compression digitale a été appliquée au traitement des anévrysmes de la tête et du cou. Ces cas sont au nombre de quatre. Le premier appartient à Gioppi de Padoue. Il est relatif à une femme de 42 ans, guérie en quatre jours d'un anévrysme de l'artère ophthalmique gauche par la compression de la carotide primitive (*Giornale d'oftalmologia italiano* 1858, fasc. 4 et 5. — *Annales d'oculistique* 1858, 5e et 6e livraisons).

Au mois d'avril 1858, Vanzetti guérit une femme de 49 ans atteinte d'anévrysme de l'artère ophthalmique gauche. Quinze jours de traitement, sept heures vingt minutes de compression en tout, suffisent pour amener la guérison (Petiteau, *Thèse de Paris*, 1858, n° 255. — *Archives générales de médecine*, décembre 1858).

En 1860, Delore essaye la compression digitale sur un homme de 63 ans. L'anévrysme siégeait sur la carotide primitive gauche, il avait le volume d'une orange. Il fut impossible de saisir l'artère en passant derrière le sterno-mastoïdien, il fallut comprimer directement contre

a colonne vertébrale, et les douleurs furent tellement vives que le malade refusa de continuer (*Gazette des Hôpitaux*, 1860).

En 1863, Scheppard obtint un beau succès après cinq semaines de compression. L'anévrysme siégeait sur la carotide droite (*Medical times*, 1863. — *Gazette hebdomadaire*, 19 février 1864. — *France médicale*, 30 mars 1864).

A ces quatre cas nous en joindrons un cinquième, communiqué à l'Académie de médecine en 1864 par M. Legouest. Il s'agissait d'un anévrysme de l'artère ophthalmique contre lequel la compression digitale resta sans résultat, et dont la ligature de la carotide amena la guérison.

En somme, sur six malades traités par la compression digitale, quatre ont guéri. Malgré leur petit nombre, ces chiffres suffisent pour placer ce moyen en première ligne, d'autant plus qu'il n'a jusqu'à présent occasionné aucun accident sérieux. D'ailleurs, en cas d'insuccès, le chirurgien est toujours le maître d'avoir recours à la ligature s'il la juge praticable.

Outre le travail manuscrit dont je viens de vous rendre compte, M. Rouge a encore adressé à la Société un certain nombre de brochures dont nous avons pris connaissance avec le plus vif intérêt, mais dont je ne puis que vous signaler les titres pour ne pas augmenter outre mesure les dimensions de ce rapport. Ce sont :

1° *Quelques mots sur l'uréthrotomie interne*, avec observations à l'appui.

2° Une observation d'anévrysme poplité guéri par la compression digitale et mécanique, indirecte, intermittente.

3° Une observation de rhinoplastie, dont il vous a déjà été rendu compte par M. le secrétaire général, et dans laquelle a été employé un très-ingénieux procédé qu'on pourrait appeler : procédé par glissement d'un pont cutané.

4° Un travail sur la palato-plastie avec trois observations.

5° Une brochure intitulée : *Autoplasties diverses de la face*.

6° Enfin, une série d'articles insérés dans le *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, journal dont l'auteur est le rédacteur en chef.

Toutes ces publications renferment des observations sérieusement rédigées et des appréciations critiques d'une valeur réelle.

Quant à l'observation d'anévrysme carotidien sur laquelle je me suis le plus longuement étendu, elle constitue un fait important, d'une authenticité incontestable, et contribuera pour une large part à établir

la valeur de la compression digitale pour le traitement des anévrysmes de la carotide primitive ou de l'une de ses branches.

En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer

1° D'adresser des remerciements à M. le docteur Rouge pour sa communication ;

2° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger;

3° De donner place à son observation dans vos bulletins.

Anévrysme de la carotide primitive droite. Guérison par la compression digitale indirecte intermittente,

Par M. le Dr Rouge (de Lausanne).

Dans notre pays les anévrysmes sont rares. Grâce au concours de circonstances diverses, j'ai cependant eu l'occasion d'en voir plusieurs en quelques mois. Le premier était un anévrysme sacciforme de l'aorte descendante; la tumeur faisait saillie en arrière à gauche, entre le bord spinal de l'omoplate et les apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales. Le malade, âgé de 41 ans, avait été occupé pendant deux ans à charger des wagons de ballast sur une ligne de chemin de fer; depuis il avait quitté ce pénible métier pour exercer la profession de jardinier.

A plusieurs reprises, il ressentit de vives douleurs dans le côté gauche; on les traita comme points pleurétiques. Un jour, à Prangins, il arrachait des arbres qu'il devait traîner tout seul à une certaine distance jusqu'au chemin. Après un effort vigoureux, il ressentit des battements à l'épaule et fut forcé de quitter son ouvrage. Il vint alors à l'hôpital de Lausanne. Le malade présentait derrière l'épaule gauche une tumeur ayant 12 centimètres dans le sens vertical, 7 dans le sens horizontal; elle était le siége de battements isochrones à ceux du pouls; on entendait des bruits aussi éclatants qu'à la région du cœur; il existait un léger souffle au premier temps. Ce malheureux mourut subitement, après avoir craché quelque peu de sang.

A l'autopsie on constata, ce qui d'ailleurs avait été facilement diagnostiqué, que la quatrième et la cinquième côtes sont fracturées et livrent un large passage à la tumeur; la troisième côte est érodée, ainsi que le corps des troisième, quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales; on remarque l'intégrité des disques intervertébraux qui sont conservés et font saillie sur le profil de la colonne; il y a donc eu un travail de résorption rendu impossible dans les cartilages

par l'absence de vaisseaux, facilité au contraire par la vascularisation du tissu osseux. La poche anévrysmale énorme présente une large perforation à l'endroit qui s'appuie au ventricule gauche ; cette solution de continuité n'est-elle pas le résultat d'une sorte d'usure également due à un travail de résorption activé par les chocs que se donnaient réciproquement le ventricule et la tumeur ? L'anévrysme contient une épaisseur notable de caillots stratifiés. Le poumon gauche, aplati, comprimé, réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier d'emballage, a perdu les quatre cinquièmes au moins de son volume normal.

Peu de temps après je reçus dans mon service un homme de 53 ans, atteint d'anévrysme poplité; il guérit en dix jours, après 120 heures de compression digitale et mécanique, indirecte, intermittente (1).

M. le docteur Fonjallaz nous amena un jour à la consultation de l'hôpital un vigneron d'âge mûr, porteur d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique; cet individu a succombé chez lui à une lente asphyxie.

Nous venons de voir un anévrysme de la sous-clavière chez un jeune Italien vigoureux, âgé de 30 ans; la tumeur est énorme, elle s'étend du tiers externe de la clavicule jusqu'au bord supérieur du sternum, derrière lequel elle disparaît, ce qui me fait croire que le tronc innominé est aussi compromis; il existe des vertiges et des accès de suffocation. Nous avons conseillé, sans grand espoir à la vérité, le traitement de Valsalva et la digitaline à la dose de 3 milligrammes par jour.

En janvier, M. Fonjallaz me présente un second malade, voisin du premier; il était atteint d'un anévrysme de la carotide. C'est lui qui sera le sujet de l'observation suivante.

Louis F... est âgé de 68 ans. Il habite le village de Grandvaux, situé sur le flanc de ces riants coteaux dont les pentes rapides relient les hauteurs boisées du Sorat au bassin du Léman. Vigneron et fils de vignerons, il raconte que dans sa famille on ne connaît que la santé; son excellente constitution vient appuyer son dire. Robuste et bien musclé, il est d'une taille au-dessus de la moyenne; ses yeux sont bruns, vifs; ses cheveux abondants et foncés; son teint hâlé par le soleil.

En 1854, il aidait un de ses voisins à manœuvrer un char pesant, il fut alors violemment frappé par l'extrémité du timon à la partie supérieure de la poitrine; il s'évanouit, car le choc avait été rude, et le médecin appelé constata, dit-il, une luxation de l'extrémité sternale

(1) *Bulletin de la Société vaudoise de médecine*, 1867, n° 10.

de la clavicule droite. Peu après il reprit ses laborieuses occupations et ne se ressentit point de cet accident.

Il y a trois ans, F... s'aperçut un jour de la présence au côté droit du cou d'une tumeur grosse tout au plus comme une noisette; elle était située sous le sterno-mastoïdien, à peu près à la hauteur de l'extrémité supérieure du tiers inférieur de ce muscle. La tumeur augmenta de volume d'une manière insensible. Elle n'éveilla aucune douleur jusqu'en septembre 1867. A dater de cette époque, elle devint, dans les mouvements de rotation de la tête, le siége d'élancements; toutefois ces « lancées », comme il les appelle, n'étaient pas constantes. A la fin de l'année 1867, la tumeur prit un développement plus rapide; en même temps la douleur se répétait à intervalles plus rapprochés, les mouvements de rotation du cou devenaient plus difficiles, le cou était souvent « raide ». Je vis F... à ce moment, en consultation avec M. le docteur Fonjallaz et M. de la Harpe, médecin en chef de l'hôpital cantonal. Il n'y eut pas d'hésitation sur le diagnostic. on reconnut un anévrysme de la carotide. L'un de nous émit l'avis de lier le plus tôt possible vu le développement rapide de la tumeur; il était selon lui à craindre qu'en temporisant la poche ne s'étendît, de manière à rendre plus grands les dangers de la ligature, qui deviendrait peut-être impossible. Le malade refusa les secours de l'art ayant pleine confiance dans la vigueur de sa constitution. Cependant à la fin de février 1868, l'augmentation de la tumeur et l'intensité croissante des douleurs inquiètent assez notre vigneron pour le décider à prendre place à l'hôpital de Lausanne. Il y fut admis le 6 mars dernier, voici dans quel état.

La santé générale est bonne, les diverses fonctions s'accomplissent bien. Sans l'existence au côté droit du cou d'une tumeur de la grosseur du poing, F... s'estimerait heureux. Cette tumeur suit la direction du sterno-mastoïdien; elle commence à la hauteur du bord inférieur du cartilage cricoïde et remonte jusqu'au sommet de l'apophyse mastoïde. A son point le plus large, elle est limitée en dedans par le cartilage thyroïde, en dehors par le sterno-mastoïdien, qu'elle dépasse un peu, remplissant ainsi toute la région comprise entre l'oreille et le maxillaire inférieur en haut, le sterno-mastoïdien en arrière, le larynx en avant. Elle mesure 12 centimètres de longueur, 11 de largeur. Elle est arrondie, oblongue plutôt; son sommet répond à l'apophyse mastoïde; en se développant, elle a repoussé en dehors et en arrière le muscle sterno-mastoïdien à sa partie moyenne; sa circonférence n'est point partout la même, et sa partie la plus saillante se trouve à la hauteur de l'angle de la mâchoire, qui est entièrement effacée. La

peau a sa coloration normale, elle est sillonnée par quelques rides ayant dans leur ensemble une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant. La pression, la palpitation ne sont pas douloureuses. La tumeur est animée de pulsations isochrones aux battements du cœur. Elle présente des mouvements d'expansion appréciables à l'œil; les doigts appliqués sur deux points opposés constatent de la manière la plus nette cette augmentation de la tumeur pendant la systole ventriculaire. A l'auscultation, on perçoit un bruit de souffle assez rude au premier temps, plus doux au second. Tous ces phénomènes, pulsation, expansion, bruit de souffle disparaissent par la compression de la carotide. Il n'existe pas de gêne dans la déglutition, la respiration est libre, le timbre de la voix normal. Le malade est sujet aux vertiges, il a des bourdonnements fatigants dans les oreilles, il ne peut dormir du côté droit à cause du bruit occasionné par les battements.

Je priai M. le docteur Recordon, médecin de l'asile des aveugles de Lausanne, de bien vouloir examiner les yeux de F... M. Recordon constata l'existence, à l'éclairage oblique, d'une double cataracte à son début, plus avancée à droite qu'à gauche; en outre l'ophthalmoscope vint révéler une scléro-choroïdite postérieure (*staphyloma posticum*) de l'œil droit. Ajoutons encore qu'à la face, au point de jonction du sillon naso-labial avec la narine, il y avait à droite une excroissance verruqueuse assez considérable, sillonnée de petites varices. Le cœur, ausculté avec le plus grand soin par plusieurs de nos confrères, par notre collègue M. de la Harpe, médecin en chef de l'hôpital, et par nous, n'a présenté aucun bruit anormal. Le pouls, un peu irrégulier, était à 80. Les battements de la temporale étaient bien plus faibles à droite qu'à gauche.

Voici le tracé des pulsations de la radiale pris du côté malade et du côté sain, dans la même séance, avec le sphygmographe de M. Marey.

Tous les phénomènes que nous venons d'exposer ont été constatés, vérifiés et contrôlés par un grand nombre de médecins, parmi lesquels je citerai MM. Fonjallaz, médecin du malade; Zimmer, ancien interne de l'hôpital cantonal; de le Harpe père et fils; Recordon; Mazelet, membre du conseil de santé; Chavannes, professeur; Morax et Odier, tous deux anciens internes des hôpitaux de Paris; Joël, médecin de l'hôpital des Enfants, et bien d'autres encore. Tous vérifièrent l'exactitude du diagnostic posé en premier lieu par M. Fonjallaz, puis par nous. Les signes d'un anévrysme de la carotide droite étaient tellement évidents, si nombreux, qu'il n'y avait pour personne d'hésitation possible.

Il restait à préciser plus complètement le diagnostic. La tumeur descendait, avons-nous dit, au-dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde. Or, on sait, et M. Richet l'a bien établi, que c'est, chez l'homme, à cette hauteur que se trouve la bifurcation de la carotide (1). Il n'y avait aucune difficulté daus la déglutition, et l'on ne sentait aucune tumeur, aucun battement dans le pharynx; l'anévrysme de la carotide interne devait être écarté; la tumeur qui descendait sur la carotide primitive partait évidemment de sa bifurcation, de ce renflement qui, au dire des auteurs, est le siége de prédilection des anévrysmes de cette artère (2); je diagnostiquai un anévrysme sacciforme partant de ce point du tronc carotidien droit.

Je résolus de traiter mon malade par la compression digitale. Le cou était maigre, le sterno-mastoïdien se dessinait avec netteté, formant un relief bien accentué; le vaisseau s'isolait assez facilement; sa longueur au-dessous de la tumeur était suffisante pour qu'on put comprimer l'artère avec les doigts. Je n'eus pas de peine à décider F..., homme résolu, tenace et patient. Sa persévérance ne se démentit pas un instant pendant le cours du traitement, elle soutint la nôtre et nous conduisit au succès.

Je rassemblai quelques aides. Ceux-ci, qui avaient encore présente à la mémoire la guérison par la compression d'un anévrysme poplité, se prêtèrent avec complaisance à l'exécution de mon plan; je comptais sur M. Guibert, interne de service, qui eut soin de prendre des notes et de veiller en mon absence à la bonne *marche* du traitement; sur M. Mercanton, élève en médecine; sur mes infirmiers et sur les personnes de bonne volonté qui voudraient bien se dévouer avec nous. Je dois dire que ce dernier espoir ne se réalisa point, nous restâmes réduits à nos propres forces; je dois même constater, car c'est un fait qui sert à expliquer peut-être pourquoi la compression digitale n'est pas appliquée plus fréquemment, que l'hôpital fut privé quelque temps de ses visiteurs habituels, qui craignaient les ennuis d'une réquisition.

La compression digitale est, en effet, ennuyeuse et pénible. Quoiqu'il en soit, secondé par la bonne volonté du malade et de mon personnel, encouragé par un succès récent, on se mit, le 12 mars, à la besogne.

---

(1) *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. — Carotide.*

(2) D'après quelques pathologistes, les dégénérescences athéromateuses de la carotide primitive se trouvent le plus souvent à l'angle que forment entre elles ses deux branches secondaires.

Qu'on me permette quelques mots. J'avais cherché quel était le moyen le moins douloureux de comprimer l'artère. J'eus recours à la compression contre la sixième vertèbre cervicale ; ce procédé me paraissait le moins fatigant, mais il causait une douleur si vive que notre homme ne put le supporter. Je pris alors la carotide entre le pouce de la main gauche placé en avant sur l'artère, et les deux ou trois doigts suivants appliqués en arrière sur la face postérieure du du vaisseau qu'on serrait ainsi en l'isolant de la jugulaire et même du pneumo-gastrique. C'est ce procédé qui fut employé. Son mécanisme fut rapidement saisi par nos gens, qui se rendaient d'ailleurs parfaitement compte à vue d'œil de la manière dont ils comprimaient, à l'apparition comme à la disparition des battements de la tumeur. Chacun faisait la compression pendant un quart d'heure à peu près ; on pouvait tenir plus longtemps si l'on changeait de main, on parvenait aussi à soulager les doigts occupés en les serrant avec ceux de la main opposée.

Le malade était commodément assis sur un fauteuil, la tête soutenue par un dossier ; la personne qui comprimait restait ordinairement debout ; assise, elle pouvait agir, mais avec moins de facilité. Le patient me fit renvoyer deux aides qui lui causaient une douleur atroce. Il préférait mourir, disait-il, plutôt que de subir la compression faite par ces employés, plus vigoureux qu'intelligents. Cette double élimination nous réduisit à cinq. C'était assez ; nous étions tous pleins de zèle et d'espoir.

12 mars : 7 heures de compression. — On commence la compression le 12 mars à dix heures du matin. Nous avons recouvert de poudre de lycopode l'endroit où les doigts s'appliquent. Au bout de deux heures, le malade, qui n'a jusqu'ici présenté aucun symptôme du côté des organes de la respiration, est pris d'accès de toux, dus probablement à la compression du pneumo-gastrique. Cette toux nous gêne beaucoup, car à chaque effort les mouvements déplacent l'artère qui parfois nous échappe. F... supporte bien le traitement. A deux heures, je lui fais donner un verre de vin ; à cinq heures, on suspend la compression. La peau est rouge, l'épiderme s'enlève, compresses d'eau de Goulard.

13 mars : 7 heures. — F... raconte que, pendant la nuit, il s'est couché parfois sur l'oreille droite pour constater s'il était survenu quelque changement dans son état ; il prétend que les battements sont moins forts, moins bruyants. La tumeur paraît un peu plus dure à la pression. Les pulsations sont évidemment moins énergiques. Le bruit de souffle au premier temps semble avoir perdu sa rudesse. La com-

pression est faite sans interruption de neuf heures du matin à quatre heures du soir. Collodion sur les points comprimés.

14 mars : 7 heures. — La compression est reprise à dix heures du matin. Aujourd'hui le pouls est inégal et vif sans cause appréciable. Le malade a pu constater les bons effets du traitement ; c'est toujours la nuit qu'il fait ses petites observations en appuyant le côté malade sur son coussin; les battements, le bruit de l'oreille diminuent. Toutefois le soir à cinq heures, lorsqu'on cesse la compression, nous ne constatons depuis hier aucun progrès.

15 mars : 6 heures. — Ce matin, diminution marquée dans l'intensité des pulsations; la tumeur paraît aussi moins volumineuse. F... nous dit qu'étant couché, il y avait des moments où il lui était impossible de distinguer, par la perception des battements, le côté de l'anévrysme. Commencée à 7 heures du matin la compression est soutenue jusqu'à une heure ; elle est alors abandonnée jusqu'à cinq heures du soir et reprise pendant une heure. M. le docteur Recordon, qui n'a pas vu notre malade depuis le début du traitement, trouve une diminution manifeste dans le volume de la tumeur. La peau est excoriée, compresses d'eau de Goulard.

16 mars : 7 h. 3/4. — On comprime de huit heures et demie à midi et quart, repos jusqu'à une heures, on reprend jusqu'à quatre heures, nouvelle interruption jusqu'à cinq heures trois quarts, séance d'une heure. La compression est très-douloureuse à cause de l'ulcération de la peau, en arrière comme en avant.

18 mars : 7 h. 1/4. Les excoriations sont recouvertes d'une couche de collodion. La compression est faite de huit heures et quart du matin à midi un quart. M. le docteur Fonjallaz, qui vient voir le malade, est surpris des progrès que la compression a provoqués; il trouve que c'est surtout à sa partie inférieure que la tumeur a diminué ; il constate aussi que l'expansion est considérablement amoindrie. Séance de trois heures à six heures un quart.

18 mars : 9 heures. — Pas de changements appréciables depuis hier. Compression continuée pendant neuf heures.

19 mars : 10 heures. — Ce matin, les modifications sont sensibles. La tumeur est plus dure et sa forme a changé ; elle est devenue globuleuse, sphérique. Le sterno-mastoïdien, qui se trouvait repoussé en arrière, a repris sa direction normale. Les pulsations ne sont presque plus appréciables à l'œil. Le retrait de la tumeur a démasqué la saillie du maxillaire inférieur. La compression est exercée sans interruption de huit heures à quatre heures, puis suspendue jusqu'à cinq heures

et reprise jusqu'à sept heures du soir. Le malade éprouve des vertiges.

20 mars : 9 heures. — Compression de huit heures et demie à midi. Le sillon entre l'anévrysme et la mâchoire s'est accusé davantage. La tumeur ne mesure plus que 9 centimètres en hauteur sur 9 1/2 en largeur. Après midi, compression pendant cinq heures et demie. Céphalalgie légère, accès de toux pendant la compression.

21 mars : 9 h. 1/2. — Séance de huit heures et quart à midi et quart. La tumeur a diminué, elle a 8 centimètres de hauteur et 9 de largeur. Apparition de rides nouvelles et prononcées sur l'anévrysme. Cinq heures et demie de compression après midi. Céphalalgie continue, mais légère.

22 mars : 7 heures. — Quatre heures de compression le matin. Trois heures après midi. Pas de changements.

23 mars : 9 h. 1/2. — On comprime trois heures et demie le matin et six heures après-midi. Le sillon entre le maxillaire et la tumeur se creuse de plus en plus. Apparition de nouveaux plis à la peau. L'expansion n'est plus perçue qu'à la face externe de l'anévrysme.

24 mars : 9 heures. Trois heures de compression le matin. La tumeur est de consistance fibreuse : 8 centimètres sur 8 1/2. Disparition du bruit de souffle au second temps. Six heures de compression le soir.

25 mars : 7 heures. — Deux heures de compression le matin. M. le docteur Odier, de Genève, constate avec nous la disparition des battements, qui persistaient encore hier dans la partie externe de la tumeur. Après midi, on comprime cinq heures.

Notons ici qu'à partir du second jour de la compression, F... s'est plaint de picotements et de douleurs lancinantes daus le bras droit, le tout suivi d'engourdissement momentané du membre, résultat du pincement de quelques filets nerveux.

26 mars : 7 heures. — Compression pendant sept heures. Plus de céphalalgie depuis quatre jours.

27 mars : 7 heures. — Sept heures de compression très-intermittente.

28 mars : 4 h. 1/2. — Quatre heures et demie de compression. La tumeur est excessivement dure. Plus d'expansion, plus de battements. Le malade dort indifféremment sur l'un ou l'autre côté. On cesse la compression. Mon personnel, dont la persévérance n'a été égalée que par la patience du malade, est très-fatigué. Pendant le cours du traitement j'avais fait exécuter un appareil pour suppléer à nos doigts; c'était un collier en tolle, convenablement matelassé, qui se fixait so-

lidement à l'aide de courroies passant sous les bras; deux vis pourvues de pelotes étaient disposées de façon à prendre la carotide, l'une par devant et l'autre par derrière. Malheureusement cet appareil, mal établi par le fabricant, ne put jamais remplir son but. J'ai regretté de de ne pas avoir à ma disposition le compresseur à pression élastique de Duval, qui me paraît devoir être mieux supporté que le collier. C'est peut-être ici le lieu de dire qu'à plusieurs reprises je tentai la compression de l'artère contre la sixième cervicale. Elle était si douloureuse qu'on dut toujours l'abandonner, et, malgré la présence des plaies, oblitérer le vaisseau en le serrant entre les doigts.

Comme tout allait bien, je laissai le malade pendant quatre jours en observation; je ne fis qu'appliquer sur l'anévrysme une large couche de collodion; on prescrivit quelques granules de digitaline.

2 avril. — La compression digitale, reprise par prudence, est faite en moyenne une heure et demie par jour d'une manière très-intermittente jusqu'au 25 avril.

La guérison de l'anévrysme fut accompagnée d'un fait assez singulier. J'ai dit que F... avait à la joue droite, au coin du nez, une excroissance verruqueuse de la grosseur d'une noisette et richement vascularisée. Or, pendant le cours de la compression, cette tumeur se flétrit et se sphacéla. L'ulcération qui résulta de la chute de l'eschare devint le point de départ d'un érysipèle, qui gagna le cuir chevelu, la face entière et le cou.

8 mai. — Je présente F... à la Société vaudoise de médecine. Tous les membres constatent l'entière guérison de l'anévrysme carotidien. Il n'y a plus de bruit de souffle dans la tumeur, qui offre la dureté du squirrhe; il n'existe plus de battements. M. le docteur Recordon veut bien examiner à nouveau les yeux de mon malade. La cataracte à gauche est restée stationnaire, tandis qu'à droite (côté malade) l'opacité complète du cristallin empêche l'examen du fond de l'œil.

F... sort le lendemain de l'hôpital. Je l'ai revu depuis : la guérison ne s'est pas démentie; il persiste un peu d'enrouement.

Voici le tracé sphygmographique pris ce jour aux deux radiales. Il diffère d'une manière bien remarquable de celui que j'ai donné plus haut.

En résumé, notre malade a subi 165 heures de compression qui se répartissent ainsi qu'il suit : 130 h. 1/2 en 17 jours et 34 h. 1/2 en 23 jours. Pendant 16 jours, on a comprimé de 7 à 9 heures de temps en moyenne (une fois pendant 10 heures). Un jour la compression a duré 4 h. 1/2 et pendant une série de 23 jours on ne comprime que 1 h. 1/2.

M. Verneuil. Grâce au cas de M. Rouge et à quelques autres observations rassemblées par M. Paulet, le pronostic de l'anévrysme de la carotide devient moins grave. On pourrait rapprocber de ce fait un cas de M. Ciniselli, dans lequel la compression fut faite, pour ainsi dire, en jouant.

Je veux rappeler que les anévrysmes peuvent guérir sans qu'on fasse de compression trop fatigante et trop prolongée, ainsi que le démontre d'ailleurs le rapport de M. Paulet.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. le docteur Prestat (de Pontoise), membre correspondant, présente à la Société les deux pièces anatomiques relatives aux deux faits suivants :

1° Polype fibreux de l'utérus enlevé à l'aide de l'écraseur linéaire.

Dans les premiers jours de novembre, je fus appelé à Puyseux, près d'une femme de 35 ans, domestique, qui, depuis plusieurs mois, perdait incessamment en quantité modérée.

Elle avait éprouvé dans la nuit une perte très-abondante.

Cette femme, qui jusque-là avait refusé de se laisser examiner, y consentit, vaincue par la nécessité.

Je constatai la présence d'un polype volumineux, engagé dans l'orifice de l'utérus et remplissant la cavité du col. Le museau de tanche était fortement serré sur le polype et ne permettait pas l'introduction du doigt. La perte était suspendue au moment de mon examen.

Le seigle ergoté, pendant quarante-huit heures, à la dose de 8 grammes par jour, dans une potion, favorisa la sortie du polype au dehors de l'utérus, et le surlendemain, le toucber m'apprit que le polype était implanté sur la paroi antérieure du col. Le pédicule, que circonscrivait facilement le doigt, avait environ 1 centimètre d'épaisseur et avait très-peu de longueur.

A l'examen au spéculum, la partie visible de la tumeur paraissait couleur de lie de vin, saignante, vasculaire.

Des injections très-froides furent pratiquées pendant trois jours, que je jugeai nécessaires pour rétablir un peu les forces de la malade, affaiblie par la perte de sang.

Avec un écraseur linéaire, aidé de mon confrère le docteur Thibaut, ex-médecin principal de la marine, j'embrassai le pédicule de la tumeur préalablement amenée avec des érignes, et la section en fut faite

avec beaucoup de lenteur, dans la crainte que le pédicule ne contînt des vaisseaux volumineux et pour me mettre à l'abri d'une hémorrhagie.

La section n'amena pas d'écoulement de sang. Pendant quelques jours, il y eut un écoulement à apparence lochiale.

Les suites de cette opération ont été aussi simples et aussi heureuses que possible.

Le quinzième jour, cette malade se levait, et aujourd'hui, elle est complétement rétablie.

La tumeur que j'ai enlevée avait 5 centimètres de long sur 2 1/2 de large. Elle criait sous le scapel. La partie inférieure laisse voir à la coupe de petits foyers hémorrhagiques et de nombreux vaisseaux près de la surface de la tumeur. Il est probable qu'une partie de l'écoulement sanguin se faisait par ces vaisseaux.

M. Hervez de Chégoin. Je doute que ce soit un polype fibreux que M. Prestat nous ait présenté.

M. Prestat. Après l'excision de la tumeur, il n'y a pas eu d'écoulement de sang, et je suis bien convaincu qu'il s'agissait d'un polype fibreux, mais je dois avouer que certains points de la tumeur étaient très-vasculaires.

2° Consolidation spontanée d'une fracture du col du fémur en deux mois et demi, chez une femme de 96 ans.

J'ai observé, au commencement de cette année, un cas de fracture du col du fémur, qui présente quelque intérêt à cause du grand âge de la malade.

Madame L..., âgée de 96 ans et demi, fit, en se levant, dans les premiers jours de février, une chute dans sa chambre. Elle tomba sur le côté gauche. Je fus immédiatement appelé, et je constatai une fracture extra-capsulaire du col du fémur gauche. Notre confrère, le docteur Maisonneuve, appelé en consultation, conseilla de maintenir le membre au moyen d'un appareil composé d'une attelle articulée au niveau des articulations de la hanche et du genou et maintenue par une ceinture et fixée sur la cuisse et au-dessus du genou. L'indocilité de la malade rendit cet appareil complétement inutile.

La malade ne garda le lit que quelques jours et passait ses journées assise dans un fauteuil.

Au bout de deux mois, la fracture était consolidée avec un raccourcissement de 4 à 5 centimètres, et au commencement du troisième mois, madame L..., soutenue par deux domestiques, commença à marcher. La faiblesse des mains excluait l'emploi de béquilles.

Depuis le sixième mois, à partir de l'accident, madame L... put marcher avec une canne.

Il est très-important de noter que cette dame, malgré ses 96 ans, est bien conservée, qu'elle a sa mémoire, son intelligence, et ne semble pas avoir plus de 80 ans.

LECTURE.

M. Duménil, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, lit un travail intitulé : *Corps fibreux de l'utérus, élimination spontanée, à travers les parois abdominales, d'une partie de la tumeur.*

Madame X..., d'Elbeuf, jusque-là très-bien portante, mariée, habituellement bien réglée, mais n'ayant pas eu d'enfants, commença à éprouver, vers l'âge de 37 ans, des douleurs dans le côté gauche du bas-ventre. Ces douleurs s'accompagnèrent d'un dérangement dans les règles caractérisé par des retards de deux ou trois mois alternant avec des pertes simulant de véritables fausses couches. Ces pertes se renouvelèrent pendant deux ou trois ans, puis les règles se rétablirent d'une façon normale jusqu'au mois d'août 1867, époque à laquelle elles cessèrent définitivement.

Un an après le début des douleurs, qui eurent toujours leur siége principal à gauche, le ventre commença à se développer par l'apparition d'une tumeur qui s'accrut lentement et progressivement de bas en haut.

Quatre ans après le début de la maladie, il y eut une recrudescence assez violente des douleurs habituelles avec accompagnement de fièvre et de vomissement. Le médecin qui donnait des soins à la malade reconnut une péritonite partielle. Ces accidents inflammatoires se renouvelèrent à deux ou trois reprises et cédèrent à une médication assez simple. Dans l'intervalle de ces récidives de souffrances aiguës, cette femme, très-courageuse et très-patiente, reprenait son travail d'ouvrière de fabrique.

Vers le milieu de 1867, son médecin, croyant à l'existence d'un kyste de l'ovaire et espérant la soulager, fit une ponction, mais il ne s'écoula pas une goutte de liquide.

La malade me fut adressée par mon confrère et ami le docteur Bertrand, peu de temps après cette ponction en août 1867. Sa santé générale ne paraissait pas avoir souffert sensiblement; elle était maigre, mais d'une maigreur inhérente à sa constitution plutôt que le résultat d'un dépérissement maladif. Toute la moitié inférieure de la

cavité abdominale jusqu'à l'ombilic était occupée par une tumeur d'un développement égal dans tous les sens, sans bosselures; le ventre était saillant en pointe; la tumeur avait une certaine élasticité, mais il n'y avait pas de fluctuation distincte. Elle conservait, par rapport aux parois abdominales, une fixité absolue dans toutes les positions, ne se déplaçait nullement par les pressions; l'ombilic cédait à peine aux tractions exercées dans tous les sens; il y avait donc des adhérences très-étendues à la paroi abdominale antérieure.

Le toucher me fit constater l'état d'intégrité du col et du segment inférieur du corps de l'utérus. Le col était à la hauteur normale, sans déviation, sans augmentation de volume, jouissant d'une assez grande mobilité, mais qui me parut cependant un peu restreinte. La pression exercée sur la partie la plus saillante du ventre se transmettait au doigt appliqué sur le col, mais la pression sur celui-ci ne se faisait pas sentir à l'autre main. Aucune partie de la tumeur n'était accessible du côté du vagin ni du côté du rectum. La miction s'exécutait bien ainsi que la défécation. Le ventre était à ce moment peu douloureux, la marche facile. Je conseillai de simples palliatifs.

Deux mois environ plus tard, cette femme vint me revoir. L'état général était le même, le ventre n'était ni plus développé, ni plus douloureux, mais il s'était formé sur plusieurs points de la partie la plus saillante de la tumeur des plaques brunâtres où la peau était très-amincie et où la pression produisait une crépitation gazeuse des plus manifestes. Il y avait en outre de la sonoréité sur toute la partie antérieure de la tumeur, où précédemment existait la matité la plus complète.

Ces plaques brunâtres s'ulcérèrent, et le 6 février 1868 je trouvai, à gauche et au dessous de l'ombilic, une ulcération d'au moins 12 à 15 centimètres à travers laquelle faisait saillie un énorme champignon aplati répandant un liquide ichoreux d'odeur infecte. D'autres ulcérations semblables, mais plus petites, existaient sur différents points de la tumeur. Jamais il ne s'était échappé de liquide autre que la sanie produite par le travail d'ulcération et de gangrène. Le volume général du ventre avait très-notablement diminué, l'état général commençait à s'altérer profondément, l'appétit faisait défaut.

Je prescrivis des toniques, des pansements chlorurés, et je congédiai la malade, convaincu que je ne la reverrais pas et qu'elle succomberait rapidement.

Grand fut mon étonnement lorsque, vers le commencement d'octobre, je reçus la visite de cette femme débarrassée de sa tumeur et avec les apparences de la meilleure santé. Voici, avant de signaler ce que

'observai alors, comment les choses s'étaient passées, au rapport du docteur Bertrand qui avait pu suivre le travail d'élimination : La masse sanieuse, saillante à travers l'ulcération abdominale, avait grossi progressivement au point que la malade était obligée de la soutenir avec une serviette qui contenait la tumeur comme un véritable sac. Celle-ci, d'odeur repoussante, noirâtre, comme formée d'une masse filamenteuse macérée et desséchée, était rattachée à son siége primitif dans l'abdomen par un pédicule paraissant flétri comme le reste de la tumeur. La malade s'opposa à la section de ce pédicule qui eût été très-facile, et la masse tomba spontanément. Les ulcérations se cicatrisèrent très-rapidement, l'appétit se ranima et les forces se rétablirent promptement.

Lorsque je revis la malade au mois d'octobre, le volume du ventre était revenu à l'état normal, il était parfaitement souple, indolent, et présentait à la place des ulcérations des cicatrices dont la principale, située entre l'ombilic et l'épine iliaque gauche, recouvrait une solution de continuité des plans musculaires et aponévrotiques, de forme arrondie, à bords tranchants, comme un anneau herniaire fortement dilaté, permettant l'introduction de trois ou quatre doigts. Dans les efforts, le contenu de l'abdomen faisait saillie dans cette ouverture.

Profondément dans la région hypogastrique, on sentait encore une tumeur du volume du poing environ, transmettant au col de l'utérus les mouvements qu'on lui imprimait par la pression.

Je recommandai à la malade l'usage d'un appareil analogue aux bandages pour hernie ombilicale.

Cette observation est, après celle que le docteur Loir a communiquée à la Société de chirurgie en 1847, le seul cas que je connaisse d'élimination spontanée d'une tumeur de l'utérus à travers les parois abdominales, et ce fait a sur celui de M. Loir l'avantage, sinon d'une guérison complète, au moins de l'éloignement de dangers qui menaçaient immédiatement l'existence.

C'est aux adhérences de la tumeur avec la paroi abdominale qu'il faut évidemment attribuer l'absence d'accidents dans ce travail de destruction si long et si effrayant. Ces adhérences, en effet, lorsqu'elles sont très-étendues et très-solides, transforment en quelque sorte une tumeur interne en une tumeur extérieure, lorsque, d'ailleurs, elle n'a pas de connexions trop intimes avec les viscères.

Il me semble qu'il ne peut y avoir ici aucun doute sur la nature et le point de départ de la tumeur. Les irrégularités de la menstruation et les pertes du début, le mode de développement de bas en haut, les rapports de cette production morbide avec l'utérus se traduisant par

la transmission des mouvements de l'une à l'autre, le résultat négatif d'une ponction, l'absence d'écoulement de liquide kystique pendant le travail d'élimination, attestent suffisamment qu'il s'agit d'une production fibreuse de l'utérus.

Peut-on considérer ce fait comme un exemple de guérison complète? Évidemment non, puisqu'il reste encore une masse relativement peu considérable, il est vrai, mais susceptible de subir un nouveau développement et de provoquer quelques accidents. Cependant, comme la menstruation paraît définitivement supprimée et que cette suppression est le résultat de l'âge autant, sinon plus, que de la maladie, nous avons lieu d'espérer que ce qui reste de la tumeur persistera dans les limites actuelles ou même subira ce travail d'atrophie qu'on observe quelquefois dans des masses plus considérables après la ménopause.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. Desormeaux présente, au nom de M. le docteur Hennequin, un appareil imaginé pour servir dans le traitement des fractures du fémur et de la coxalgie.

Appareil du docteur Hennequin.

Dans les fractures de cuisse et dans les coxalgies, on peut mettre le membre en trois positions,

1° En position rectiligne;

2° En double plan incliné à divers degrés;

3° En équerre.

Quelle que soit celle que l'on adopte, l'appareil se prête à tous les caprices du membre.

La gouttière inférieure devient inutile lorsque le membre inférieur est placé en troisième position.

Extension. — Dans la position rectiligne, l'extension se fait au moyen :

1° Du bracelet appliqué à l'extrémité inférieure de la cuisse; il prend ses points d'appui sur les condyles du fémur;

2° De différents bandages et appareils appliqués sur la jambe et sur le pied.

La traction est faite à l'aide de tissus élastiques, qui vont se réfléchir sur les galets des cadres de la pédale et se fixer aux boucles.

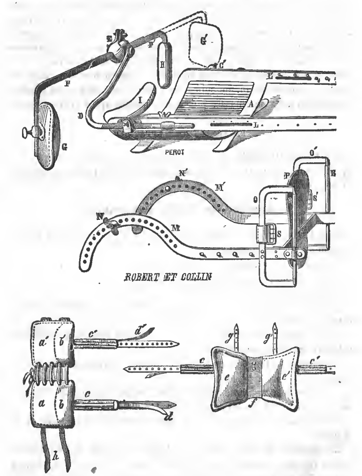
Dans les deux autres positions, l'extension se fait au moyen :

1° Du bracelet appliqué comme dans le cas précédent;

2° D'une molletière à rigole, qui embrasse la face postérieure des

jumeaux, et transforme en traction le poids de la jambe. C'est une sorte de poulie de réflexion.

Les points d'application de l'extension, se trouvant constamment sur deux régions au moins, on peut, si le besoin s'en fait sentir, soulager l'une ou l'autre, sans nuire à l'efficacité de l'extension.



(Fig. I.

A. — Gouttière crurale.

B B'. — Bandelettes armées de boutons à leurs extrémités libres.

C' C'. — Coussinets à vis de pression servant à arrêter les mouvements de rotation et de va-et-vient de la tige condée.

D. — Tige coudée portant une coquille et pouvant se placer à droite ou à gauche de la gouttière.

E. — Coquille bivalve à charnière renfermant une sphère en bois.

F F'. — Tiges qui traversent la sphère et portent les pelotes.

G G'. — Pelotes iliaques.

H. — Conssin pubien.

I. — Coussin ischiatique en forme de oroissant.

L L'. — Coulisses destinées à recevoir les boutons N N' de l'armature inférieure.

(Fig. II.)

M M'. — Bandelettes arqnées s'adaptant à la gouttière crurale dans toutes les positions, au moyen des boulons N N'.

O O'. — Cadres placés de chaque côté de la pédale.

P. — Pédale.

R R'. — Galets servant de poulies de réflexion aux élastiques, lorsqu'on fait l'extension dans la position rectiligne.

S S'. — Boucles destinées à arrêter les élastiques.

(Fig. III.)

a a'. — Bracelet se fixant à l'extrémité inférieure de la cuisse.

b b'. — Points fortement rembourrés en rapport aveo les oondyles du fémur.

c c'. — Musoles artificiels terminés par des lanières percées de trous.

d d'. — Rubans gradués indiquant en kilogr. la foroe de traction.

(Fig. IV.)

e e'. — Molletière à rigole.

f. — Rigole destinée à protéger les vaisseaux et les nerfs du creux poplité.

g g'. — Petites lanières venant se fixer au bracelet aux points d'attaohe des muscles artificiels.

Contre-extension. — Quelle que soit la position du membre, la contre-extension sera toujours répartie au moins sur deux régions, le plus souvent sur trois, qui sont : la tubérosité ischiatique, la fosse iliaque externe et la branche pubienne, du côté du bassin correspondant au membre malade ou du côté opposé.

Dans les fractures de cuisse, sans lésion grave des os du bassin, la contre-extension sera supportée par la tubérosité ischiatique, la fosse iliaque externe et la branche du pubis, correspondant au membre fracturé. L'une ou l'autre de ces régions pourra être dégrevée, sans nuire à la contre-extension.

On disposera les pièces de l'appareil de la même manière dans les coxalgies, sans déviation du bassin.

Dans les coxalgies avec déviation pelvienne, on disposera les pièces de l'appareil sur les régions qui peuvent favoriser le redressement du membre.

Si le bassin est incliné latéralement, on fera supporter presque toute la contre-extension par la fosse iliaque du côté abaissé:

1° S'il est enclavé en arrière, l'ischion seul supportera toute la contre-extension;

2° S'il est incliné en avant, les branches horizontales du pubis deviendront les seuls points d'appui de la contre-extension.

L'appareil n'empêchera jamais aucun des mouvements du membre inférieur sain, ni ceux du tronc.

Le membre malade sera a découvert; on pourra, par conséquent, suivre la marche de la lésion et faire des pansements.

Le malade peut s'asseoir.

Observation I. — M... (Victor), 42 ans, entre le 30 novembre 1867, atteint d'une fracture de cuisse au tiers inférier. 4 centimètres de raccourcissement. Application de l'appreil dix-huit jours après l'accident, pas la moindre trace de consolidation.

Le 9 février, cinquante jours après la pose de l'appareil, le malade se promène sans béquilles. Le membre est parfaitement conformé et mesure à peine 1/2 centimètre de moins que l'autre. Le procédé Giraud-Teulon donne le même résultat.

Départ pour Vincennes.

Obs. II. — V... (Henri), 52 ans. Fracture de la cuisse droite, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur. Application de l'appareil huit jours après. Aucune trace de consolidation.

L'appareil reste appliqué près de trois mois.

Après guérison, 1/2 centimètre d'allongement, vérifié par de nombreuses mensurations.

Obs. III. — S... (Jean), 37 ans, entre le 20 avril. Fracture de cuisse au tiers moyen, par contraction musculaire (en mettant sa botte). 3 centimètres de raccourcissement. Pose de l'appareil, vingt jours après son entrée. Cal volumineux et solide. Le malade soulève sa cuisse sans le secours de ses membres supérieurs.

Le 12 juin, levée de l'appareil. Le membre mesure à peine 1 centimètre de moins que l'autre malgré la solidité du cal au moment de la pose de l'appareil.

Coxalgie.

Obs. IV. — T... (R.), 10 ans. Coxalgie du côté gauche; déviation du bassin; raccourcissement du membre; saillie énorme énorme de la région trochantérienne; ankylose ligamenteuse de l'articulation coxo-fémorale et fémoro-tibiale; luxation probable de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe. Application de l'appareil de Marjolin et de l'appareil dextriné sans le moindre succès.

Raccourcissement	apparent........	10 cent.	1/2
—	réel...........	1 —	1/2

Constitution cachectique.

Application de l'appareil.

L'extension est faite sur le membre malade; la contre-extension sur le bassin du côté opposé. Quelques jours suffirent pour redresser le bassin, faire disparaître la saillie de la région trochantérienne, rétablir les mouvements de l'articulation coxo-fémorale et faire disparaître les douleurs voisines et éloignées de la lésion articulaire.

L'appareil est enlevé : tous ces désordres reparaissent. On réapplique l'appareil : ils disparaissent.

Survient :

1° Une tumeur osseuse de l'humérus, qui s'efface.

2° Un gonflement considérable du grand trochanter, carie, suppuration abondante, épuisement de la malade, déviation du bassin, saillie trochantérienne, fièvre hectique, ankylose de l'articulation fémorale supérieure. La mort paraît certaine.

Réapplication de l'appareil. Les douleurs disparaissent petit à petit; la déviation du bassin se corrige; la saillie trochantérienne s'efface; la suppuration diminue; l'appétit revient. L'ankylose n'a pas encore cédé. Les nuits sont bonnes; la constitution s'améliore; l'appétit revient.

Tel est l'état actuel.

Ces observations ont été prises dans le service de M. Desormeaux, à l'hôpital Necker.

M. Desprès. Lorsqu'on a présenté aux sociétés savantes la boîte de Baudens, l'appareil polydactyle de J. Roux, l'appareil à double plan incliné, on a annoncé des résultats magnifiques. Malgré ce que nous dit M. Desormeaux, je ne doute pas que cet appareil aille rejoindre ses devanciers dans le « magasin à ferraille ».

M. Desormeaux. J'ai employé plusieurs fois l'appareil de Baudens

et j'en ai obtenu d'excellents résultats. Je ne prétends pas que l'appareil de M. Hennequin doive être substitué à tous les autres, mais je pense qu'il peut rendre de grands services.

M. Lefort. Il est toujours difficile de faire quelques observations relativement à un apppareil que l'on a pas encore vu appliquer. J'avoue cependant que je voudrais avoir quelques renseignements sur l'utilité du point d'appui ischiatique pris comme il l'est dans cet appareil. Si je ne me trompe, le point d'appui de l'appareil paraît porter sur le pli fessier et non sur l'ischion.

Je pense que lorsqu'on aura trouvé un appareil tout à fait satisfaisant, on en reviendra à l'extension continue dans les fractures de la cuisse.

M. Desprès. M. Desormeaux pense qu'en employant cet appareil dans le traitement des fractures de cuisse, j'obtiendrai la guérison avec un très-léger raccourcissement. Mais avec un appareil quelconque, je me fais fort d'obtenir dans les cas favorables une consolidation avec un raccourcissement qni ne passera pas 1 centitimètre à 1 centimètre et demi.

M. Broca. Je ne puis laisser passer ce que vient de dire M. Desprès. Selon lui, on guérit avec n'importe quel appareil les fractures de cuisse, de manière à n'avoir que 1 centimètre à 1 centimètre et demi. C'est là une énormité, que nous ne pouvons laisser insérer dans nos bulletins, sans protestation. Même avec les meilleurs appareils à extension, on n'arrive pas à ce résultat. Assurément, il existe sur ce point une lacune dans la thérapeutique chirurgicale, et nous devons encourager les efforts de ceux qni tendent à la combler.

M. Desprès. J'ai voulu dire qu'il y avait un certain nombre de fractures de cuisse non obliques, qui guérissaient avec 1 centimètre de raccourcissement, quel que fût l'appareil employé; mais je reconnais que d'autres ne guérissent qu'avec un très-grand raccourcissement, même lorsqu'on a recours aux appareils à extension; car avec ceux-ci, comme avec les autres, il faut faire des tractions que la peau ne peut supporter, si l'on veut arriver à un faible raccourcissement.

LECTURE.

M. Horteloup fils lit une note relative à *un effet bizarre, non encore indiqué, de l'inhalation du chloroforme. Éternuements répétés, ayant succédé à l'emploi du chloroforme.*

Renvoyé à M. Paulet.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Corps fibreux de l'utérus.

M. Broca. La malade sur laquelle cette tumeur a été enlevée était dans le service de M. Bernutz. Depuis longtemps, on avait constaté que la tumeur faisait saillie dans le vagin et était pédiculée, lorsque un matin survint une hémorragie abondante.

La malade prétendit qu'elle avait ses règles, et ne voulut pas entendre parler d'opération.

Cependant, au bout de huit jours, elle a suivi nos conseils, et je l'ai opérée.

Avant l'opération, je constatai que la tumeur était plus molle que ne le sont habituellement les hystérômes, et je pensai alors que son séjour prolongé dans le vagin était la cause de cette diminution de consistance.

Lorsque je pratiquai l'opération, je trouvai la tumeur plus molle encore que je ne m'y attendais. Voulant la saisir avec des pinces à griffes, je la déchirai à plusieurs reprises, et je fus obligé de recourir à quelques manœuvres particulières pour la faire saillir à la vulve; je passai deux doigts au niveau de son pédicule, je la harponnai et je terminai l'opération. La difficulté que j'ai eu à faire sortir la tumeur s'explique par l'étroitesse du vagin.

Lorsque la tumeur a été à la vulve, je l'ai sectionnée avec le fil galvano-caustique; il ne s'est pas écoulé une goutte de sang.

État de la tumeur. — La partie postérieure de la tumeur était gangrenée; de là s'écoulait un ichor roux, assez fétide, que la malade appelait ses règles. Les parties qui entouraient la portion gangrenée étaient violacées, et dans tous ces points, il existait des vaisseaux que l'on pouvait suivre jusqu'à environ 3 centimètres de la surface. Ceux-ci étaient peu volumineux, et comme je l'ai déjà dit, ils n'ont pas donné lieu à un écoulement sanguin.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

SÉANCE DU 23 DECEMBRE 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— Le *Recueil des actes du comité médical des Bouches-du-Rhône* pour 1867 et 1868.

— *Étude clinique et expérimentale des embolies capillaires*, par V. Feltz, agrégé de la Faculté de Strasbourg, avec huit planches en chromo-lithographie.

— *Diaphanoscopie ou exploration par transparence des organes du bassin de la femme*, par J. Lazarewitch, de Kharkoff.

— M. Larrey dépose sur le bureau : le *Montenegro et ses habitants*, par le docteur Alfred Boulongne; une lettre de M. le docteur Vézien, médecin militaire, avec des échantillons d'une variété de *Laminaria digitata*, qu'on trouve en abondance sur la plage de Dunkerque.

— M. le docteur Letiévant, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse un mémoire intitulé : *Études sur les sections du nerf médian, aux points de vue opératoire, pathologique et physiologique.*

Renvoyé à une commission composée de MM. Paulet, Tillaux, Liégeois.

— M. Léon Labbé transmet, de la part de M. G. Simon, d'Heidelberg, une note sur des *Observations historiques sur les procédés opératoires de l'occlusion du vagin, par la réunion de ses parois (kolpokleisis), pour rétablir la continence de l'urine dans les cas de fistules urinaires inopérables, suivies de quelques remarques sur l'état actuel de la question des opérations de fistules vaginales en Allemagne.*

Cette lettre est adressée à M. le docteur Nathan Bozeman, à New-

York, par M. Simon, professeur à la Faculté de médecine d'Heidelberg.

M. Simon a fait, en 1855, sa première opération d'occlusion du vagin. Il avait obtenu 4 succès avant que Bozeman, qui opérait en 1859 pour la première fois, songeât à lui constester la priorité. Ces observations se trouvent dans le numéro 35 du *Journal de la clinique allemande*. Un mémoire plus étendu sur cette matière a été publié par M. Simon dans le *Recueil mensuel de gynécologie*, en 1858.

Tous les traités de chirurgie et de médecine opératoire, publiés depuis cette époque en Allemagne, ont mentionné sa méthode.

M. Simon a imaginé cette méthode après qu'il lui a été démontré que l'épisioraphie (occlusion de la vulve ou de l'ouverture vaginale), proposée par Vidal, ne donnait aucun succès.

Jusqu'à ce jour, M. Simon a pratiqué avec succès 18 fois son procédé. Il fait l'occlusion immédiatement au-dessous de l'ouverture fistulaire. (Les indications et les détails sont décrits dans les *Mémoires de chirurgie plastique*, de Simon (Prague, 1868.)

En ce qui concerne l'opération de la fistule vésico-vaginale ou urétro-vaginale, M. Simon agrandit l'ouverture et avive dans toute la profondeur.

Il réunit avec des fils de soie très-fins.

Il a renoncé à l'attitude américaine. Il donne à la femme l'attitude exagérée de la *taille* périnéale. Il retire la sonde au bout de vingt-quatre heures; la réunion se fait plus rapidement. Il réunit en plusieurs formes — en T, en Y — quand la réunion linéaire transversale oblique ou longitudinale n'est pas applicable, à cause de l'étendue ou de la forme de l'ouverture.

Depuis 1853-1859, par l'ancienne méthode (à Darmstadt) :

Il a opéré 22 fistules : 14 guérisons complètes; 5 avec permanence d'une petite ouverture ; 1 sans aucun changement; 2 décès.

Par le procédé modifié de 1859-1861 :

13 fistules avec 12 guérisons.

1861-1866 (à Rostock) :

53 cas de fistules avec 49 succès ; 2 décès; 2 insuccès.

1866-1868 :

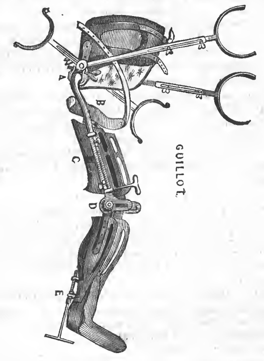
30 fistules : 26 succès; 2 insuccès; 2 décès.

En somme, sur 118 opérations, 104 guérisons complètes.

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

M. Léon Lefort présente un appareil à extension permanente pour les fractures de la cuisse.

L'extension permanente dans les fractures de la cuisse a été assez généralement abandonnée en France, bien qu'elle eût été employée comme traitement habituel pendant la première moitié de ce siècle. Ce revirement dans les idées n'est pas dû, comme on pourrait le croire, à ce que la simple contention, mieux dirigée, donne aujourd'hui des résultats satisfaisants; il n'est pas de chirurgien, ayant un peu de pratique, qui ne sache avec quelle difficulté on arrive à prévenir un rac-



courcissement notable, et l'on peut dire que toute fracture du corps du fémur laisse après sa consolidation un certain degré de raccourcissement.

Ce qui a fait abandonner l'extension permanente, c'est que les appareils de Desault, de Boyer et ceux construits sur les mêmes données ne remplissent pas le but qu'ils semblent devoir atteindre. La contre-extension, faite au moyen d'une bande, d'un sous-cuisse passé en écharpe dans le pli génito-crural, prenant son point d'appui sur

l'iscbion et sur l'attelle externe ou même sur une ceinture, est tout à fait illusoire; et c'est faute de pouvoir l'appliquer d'une manière convenable que les chirurgiens français ont renoncé à l'extension permanente.

L'appareil dont nous donnons le dessin est destiné à permettre l'emploi de cette méthode thérapeutique. Il se compose des parties suivantes : une ceinture de cuir, renforcée par un arc métallique et formée de deux valves séparables en avant et en arrière, peut être plus ou moins élargie, suivant qu'on a affaire à un individu plus ou moins fortement chargé d'embonpoint. Ces deux valves glissent sur une lame horizontale, qui sert en même temps de plan de sustentation et pare à l'affaissement inégal des matelas; elle peut aussi servir à soulever le malade, lorsqu'il est besoin de placer sous le siége un vase ou des alèzes. Cette ceinture, doublée d'un coussin matelassé, s'applique exactement sur les saillies et les dépressions du bassin, et donne déjà un point d'appui à la contre-extension. Mais les deux principaux points d'appui sont pris sur l'ischion et, si besoin est, dans l'aisselle.

Le point d'appui iscbiatique est pris au moyen d'un arc métallique disposé de manière à s'appliquer sur l'ischion par une face et non par un bord tranchant. Cette pièce, fixée au côté interne de la gouttière, est mobile au niveau de sa jonction avec la tige qui la supporte, au moyen d'une double articulation, et peut ainsi suivre, sans quitter l'iscbion, tous les mouvements qu'on imprime au membre. La pression qu'elle exerce sur l'iscbion peut être augmentée ou diminuée au moyen de la crémaillère que porte la tige.

Le point d'appui axillaire est pris au moyen de deux béquillons, dont on augmente à volonté la longueur et qui peuvent être facilement enlevés.

La gouttière métallique, sur laquelle repose le membre, se rattache à la ceinture au moyen d'une articulation à noix, ce qui permet tous les mouvements.

Un serre-frises, en frein d'écrou, serré au moyen de deux vis, immobilise cette articulation dans la position que lui a donnée le chirurgien.

L'extension peut être faite de plusieurs manières. Si on veut prendre point d'appui sur le mollet, la jambe étant fléchie sur la cuisse, il suffit d'agir au moyen d'une clé sur la crémaillère dont sont munis les bords de la gouttière, pour allonger la partie crurale de l'appareil. Si l'on veut prendre point d'appui sur la jambe et le pied, on laisse le membre dans la rectitude et l'on allonge, soit la partie crurale, au

moyen des crémaillères, soit la partie jambière, au moyen d'une vis placée sous l'appareil.

On peut aussi prendre son point d'appui sur le fémur lui-même et sur le fémur seul; il suffit alors de dévisser les deux écrous mobiles qui existent au niveau du genou, pour supprimer toute la partie inférieure de l'appareil.

Pour appliquer les liens extenseurs, il n'est pas besoin d'exercer de compression au-dessus des condyles du fémur avec un bracelet fortement serré. Il est un moyen très-simple et trop peu connu d'obtenir ce résultat.

On coupe des bandelettes de diachylon, ayant environ deux fois la longueur de la cuisse du malade. Prenant successivement chacune des bandelettes, on en applique une des extrémités sur la face antérieure de la cuisse, vers la racine du membre au niveau, par exemple, de l'épine iliaque; on la mène obliquement en bas, en suivant le trajet du couturier, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au niveau de la tubérosité interne du fémur; là, on la replie sur elle-même et on la ramène en haut, sur la face postérieure de la cuisse, jusque vers l'ischion. A côté de cette bandelette, on en applique une autre, en ayant soin de la faire arriver en bas, au même point que la précédente. En opérant ainsi des deux côtés et entourant la cuisse de quelques bandelettes circulaires non serrées, on a, au niveau du genou, deux anses latérales solides, dans lesquelles on passe un lien que l'on fixe aux anneaux qui terminent en bas les tiges latérales de la gouttière crurale. Nous avons eu plusieurs fois recours à ce mode d'application des liens extenseurs, et nous pouvons affirmer que loin de glisser, ils résistent à des tractions de plus de 100 kilogrammes; force, il est inutile de le dire, qu'on n'aura jamais à employer dans les cas où on exerce l'extension permanente.

Ajoutons qu'il suffit de dévisser l'écrou qui porte l'articulation de la ceinture avec la gouttière et de changer de côté les tiges à crémaillères pour rendre l'appareil applicable à droite et à gauche.

Comme tous ceux analogues, cet appareil à l'inconvénient de ne pouvoir être fabriqué extemporanément; mais on peut, sur le même principe, construire partout et très-simplement un appareil qui remplira, à peu près, les indications. Il n'est besoin, pour cela, que d'une béquille, d'une attelle, d'un morceau de bois et de quelques clous. On coupe une béquille ou un manche à balais, auquel on adapte un béquillon, de manière à ce que sa longueur dépasse de 20 à 30 centimètres la distance de l'aisselle à la plante du pied. On cloue à son extrémité inférieure une planchette, de 20 centimètres de longueur,

dans le milieu de laquelle on perce deux trous, et dans cette planche, on fixe l'attelle interne qui, par son extrémité supérieure échancrée et bien rembourrée, doit appuyer sur l'ischion. Des bandelettes de diachylon, appliquées le long de la jambe et se repliant sous le pied, où elles forment une anse, servent à laisser passer une corde, qu'on engage dans les deux trous de l'étrier et qu'on noue solidement. Un bâton, passé dans cette anse de corde, fait office de garrot et donne le moyen de pratiquer, avec autant de force qu'on le désire, l'extension permanente. Nous avons pu, il y a quelques années, avec un appareil si simple, guérir, par une énergique extension, une pseudarthrose du fémur.

La chirurgie américaine est, depuis longtemps, revenue à l'emploi de la méthode d'extension dans les fractures de la cuisse; mais les appareils de Gross, Gilbert, Hodge, Buck et Swinburne ne nous ont pas paru remplir toutes les indications que nécessite le traitement des fractures obliques du fémur; c'est ce qui nous a amené à faire construire, par M. Guillot, qui a très-bien compris nos indications, l'appareil dont nous donnons le dessin.

M. Desprès. En observant l'appareil qui nous a été présenté par M. Lefort, je ne change pas l'opinion que j'ai manifestée dans la dernière séance. L'appareil que je vois ici, par son cuissard et sa jambière ressemble à beaucoup d'autres appareils. Il y a une ceinture au niveau du bassin et un point d'appui sur les aisselles. Cette modification est celle qui distingue l'appareil dit américain, que j'ai vu appliquer dans le service de M. Nélaton. Cet appareil est en effet constitué par une longue attelle, qui dépasse le pied en bas et qui en haut est pourvue de deux ceintures bouclées : une qui entoure le bassin, une qui entoure le thorax.

Je ferai deux reproches à l'appareil de M. Lefort, comme à tous les autres : c'est d'avoir des proportions convenables seulement pour les individus de même taille ou à peu près. L'extension est faite à l'aide de cercles de bandages roulés qui, pour ne pas se relâcher, doivent être très-serrés, trop serrés; et vous en comprenez la conséquence. C'est ce qui a été évité dans cet appareil américain, qui est une simple modification de l'attelle de Boyer. On emploie des bandes de diachylon collées sur la peau, depuis la fracture jusqu'au pied, sans exercer de contraction circulaire. Ainsi l'on évite les effets de la constriction sur les points où des tractions sont faites d'une manière continue.

Je ne veux pas insister. J'accuse en passant ces appareils de promettre beaucoup plus qu'ils ne tiennent.

ÉLECTIONS.

La Société procède aux élections pour le renouvellement du bureau et la nomination de diverses commissions pour l'exercice 1869.

Sont nommés :

Président : M. Verneuil.

Vice-président : M. Alphonse Guérin.

Secrétaires : MM. Lefort, Panas.

Bibliothécaire-archiviste : M. Liégeois.

Trésorier : Cruveilhier fils.

Comité de publication : MM. Broca, Blot, Lefort.

Commission des congés : MM. Houel, Boinet, Tarnier.

NOMINATION DE MEMBRE HONORAIRE.

M. Voillemier est nommé *membre honoraire* par 15 voix sur 24 votants.

LECTURE.

M. Bailly lit une note sur une observation *de dystocie causée par une hyperthrophie du segment inférieur de la matrice chez une femme primipare.*

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Guéniot montre des pièces d'*ostéites suppurées des extrémités diaphysaires des os ou décollement des cartilages épiphysaires chez un enfant nouveau-né.*

M. Léon Lefort montre à la Société une *tumeur cornée* que M. Colson, de Noyon, membre correspondant, a enlevé de la paupière supérieure d'un homme de 50 ans. M. Colson joint à cette pièce la note suivante :

Il y a environ quinze jours qu'un paysan d'environ 50 ans, d'une bonne constitution, du village de Mondescourt, entra à l'Hôtel-Dieu de Noyon, pour s'y faire opérer d'une petite tumeur située au milieu de la paupière supérieure gauche et me paraissant adhérer au cartilage tarse. Je me proposais d'abord de l'enlever en coupant la paupière supérieure, à droite et à gauche de la tumeur, par une incision en V, comme pour l'opération du cancer de la lèvre, et de réunir la plaie par la suture entortillée; mais avant de commencer l'opération, je crus m'apercevoir que je pourrais disséquer la tumeur à sa base et la détacher du cartilage tarse. Cela réduisait l'opération à une simple

dissection, et c'est là l'opération que je fis, en respectant le cartilage. Il en résulta une simple plaie ovalaire, que j'abandonnai à elle-même. Elle se recouvrit d'une croûte qui tarda à se détacher, et comme le malade voulait quitter l'hôpital avant sa cicatrisation complète, je fis tomber la croûte avec un cataplasme de fromage mou, et je la cautérisai avec le nitrate d'argent. Je recommandai au malade de venir me voir au bout de huit jours, et j'ai la confiance qu'alors la plaie sera cicatrisée.

C'est la seconde fois depuis vingt et un ans que je pratique cette petite opération. La première fois, c'était chez un marinier du village de Pont-l'Évêque, qui portait une petite tumeur cornée semblable à celle que j'ai envoyée et située également sur la paupière supérieure. L'opération et ses suites furent les mêmes qu'ici. Le malade a bien guéri.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 30 DECEMBRE 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— L'*Art dentaire*.

— M. VERNEUIL dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Darbez, un travail intitulé : *Des lipomes et de la diathèse lipomateuse*, et appelle l'attention de la Société sur une méthode particulière de diagnostic et sur des tentatives de traitement nouvelles.

— Les *Mémoires et Bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux* (1868, tome III, 1er fascicule).

— Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*. Année 1868, tome II, nos 5, 6, 7, 8 et 9.

COMMISSION POUR L'EXAMEN DES ARCHIVES.

Sont nommés : MM. Chassaignac, Desormeaux et Houel.

RAPPORT VERBAL.

M. Desprès fait un rapport verbal sur une observation *de division complète des os longs par instrument tranchant*, communiquée par M. le docteur Thomas, de Tours.

De la division complète des os longs par les instruments tranchants,

Le 13 mars 1868, le nommé N... (Henri), soldat armurier au 2e régiment de ligne, se porta, par inadvertance, en travaillant, un coup violent, sur la première phalange du pouce gauche, avec l'extrémité tranchante et étroite d'un marteau. Je fus appelé quelques instants après l'accident, et je constatai, à la face dorsale de la première phalange du pouce, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de cet os, une plaie transversale, très-nette, d'un centimètre d'étendue. L'os avait été divisé dans toute son épaisseur, et à la face palmaire, il existait une plaie également très-nette et transversale, mais un peu moins étendue que celle de la face dorsale. L'instrument avait donc traversé la phalange dans toute son épaisseur; les tendons des muscles fléchisseur et extenseur du pouce avaient été divisés; seules les parties molles latérales avaient été respectées et avec elles les artères collatérales : aussi n'y eut-il qu'un écoulement sanguin peu abondant.

Après avoir appliqué un pansement provisoire, je dirigeai cet homme sur l'hôpital militaire, où il fut placé dans le service de chirurgie, dont mon collègue le docteur Bodin se trouvait chargé jusqu'au 1er avril, époque à laquelle j'en devais à mon tour prendre la direction.

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, le doigt, placé sur une planchette, fut immobilisé; des bandelettes agglutinatives maintinrent au contact les bords des plaies dont on tenta d'obtenir la réunion par première intention. Mais les plaies suppurèrent et leur cicatrisation était seulement complète le 1er avril, lorsque je pris le service. Il n'existait pas alors trace de consolidation entre les extrémités osseuses divisées; la mobilité anormale était cependant moins prononcée qu'au moment de l'accident, par suite de la cicatrisation des parties molles, mais on pouvait toujours imprimer au fragment inférieur, des mouvements anormaux dans toutes les directions, et cela sans douleur. J'appliquai un appareil inamovible avec des lanières de peau recouvertes de collodion. Cet appareil, qui présentait une grande solidité, resta appliqué jusqu'au 16 avril. A cette époque, aucun changement n'était survenu;

la même mobilité existait entre les fragments, dont les extrémités ne présentaient aucune augmentation de volume et paraissaient seulement réunies par du tissu fibreux.

Le lendemain, 17 avril, j'appliquai un appareil amidonné, je l'enlevai le 3 mai, et je reconnus qu'il n'y avait encore aucune apparence de consolidation. Ayant alors, à plusieurs reprises, pendant deux fois, frotté, l'un contre l'autre, les fragments dans l'espoir de développer à leur surface une irritation favorable à leur consolidation, j'appliquai un nouvel appareil inamovible. Le 9 juin, par conséquent, plus d'un mois après son application, j'enlevai l'appareil; aucune amélioration ne s'était produite. La solution de continuité se trouvait dans le même état qu'au commencement du mois d'avril; les fragments étaient réunis par du tissu fibreux, sans trace d'ossification; leurs extrémités libres ne présentaient aucun gonflement et leur mobilité anormale était aussi prononcée.

L'immobilisation prolongée des fragments et leur frottement n'ayant produit aucun résultat, il y avait lieu de recourir à un autre mode de traitement. J'eus alors l'idée d'employer l'acupuncture, ce moyen étant à la fois le plus simple et le plus inoffensif de tous ceux qui ont été proposés pour la cure des pseudarthroses, et la position superficielle des extrémités osseuses en rendant ici l'application très-facile.

Le 9 juin, j'immobilisai, à l'aide d'un appareil dextriné, la main, sur une planchette, en laissant le pouce découvert, et j'introduisis entre les fragments, à travers le tissu fibreux qui les réunissait et dans toute son épaisseur, une grosse aiguille à coudre. Le lendemain, une nouvelle aiguille fut enfoncée entre les fragments, à quelques millimètres de la première. La présence de ces aiguilles détermina, dès le le lendemain, un peu de douleur, de rougeur et de gonflement du pouce. Ces symptômes augmentèrent les jours suivants et le 16 juin, alors qu'ils commençaient à perdre un peu de leur intensité, je retirai les aiguilles, huit jours par conséquent après leur application, et je compris le pouce dans l'appareil dextriné qui immobilisait déjà la main et le poignet. Cet appareil fut enlevé le 10 juillet, vingt-cinq jours après son application; il y avait alors un commencement de consolidation. Je replaçai l'appareil. L'immobilité fut de nouveau continuée jusqu'au 10 août, et j'eus alors la satisfaction de constater que la consolidation était complète.

Par suite de la section des tendons de ses muscles fléchisseur et extenseur, le pouce ne jouit pas des mouvements de flexion et d'extension; les mouvements d'adduction et d'opposition, qui lui sont communiqués par les muscles de l'éminence thénar, existent seuls. Mais

grâce à la consolidation de la solution de continuité, la phalange présente un point d'appui solide pour la préhension des objets.

Ce fait est un nouvel exemple de l'absence ou tout au moins du retard de la consolidation qui suit le plus souvent la division complète des os longs par les instruments tranchants. Des faits de cette nature ont été rapportés par Lamotte et récemment par M. Legouest, dans son *Traité de chirurgie d'armée*; le plus souvent, la consolidation n'est venue que très-tardivement; quelquefois, elle a manqué complétement. Deux explications ont été données.

« J'aurais cru, dit Lamotte, qu'un os coupé aurait été infiniment plus aisé à guérir que lorsqu'il est rompu, parce qu'étant coupé, les extrémités de l'os se rapprochent plus facilement, et qu'étant plus unies, la matière du calus fait plus son effet que quand l'os est fracturé, l'inégalité des extrémités paraisssant s'opposer à l'union; mais l'expérience m'a fait connaître que ces extrémités si unies se dérangent au moindre mouvement et frottent l'une contre l'autre; en sorte que le calus ne se forme que très-difficilement, par la peine qu'il y a à les tenir en repos, quelque attention que j'eusse à le faire et le blessé à y contribuer, parce qu'il ne faut qu'une toux un peu forte ou un éternuement pour tout déranger; au lieu qu'un os fracturé ne peut être sans inégalités, et les inégalités étant une fois bien réduites, elles s'enchâssent et s'emboîtent si exactement les unes dans les autres, que la matière du calus s'y conserve plus aisément et a plus de facilité à en faire la réunion que quand il est coupé. »

Pour Boyer les différences qui existent entre la facilité de guérison des plaies des os et les fractures tiennent à cette circonstance que « les fractures sont l'effet d'une force qui tend à produire ou a augmenter quelque courbure dans les os, en sorte qu'on peut démontrer rigoureusement qu'elles résultent toujours d'une distension en sens inverse dans la longueur des fibres osseuses, tandis que les plaies, au contraire, sont produites par l'action d'un corps tranchant, qui tend à pénétrer entre les molécules constitutives de l'os, action inséparable d'une certaine violence locale et, par conséquent, d'un certain degré de contusion dans le lieu de l'os où elle se passe. »

A l'explication de Boyer, je ferai une seule objection, si la contusion était l'unique cause ou même l'une des principales causes des difficultés qui existent à la consolidation d'un os long divisé par un instrument tranchant, il est évident que cette contusion, résultat de l'action de l'instrument, ne pouvant jamais faire défaut, toutes les divisions complètes des os longs par instruments tranchants devraient rencontrer les mêmes obstacles à leur consolidation. Or, c'est ce qui n'existe pas,

et j'en citerai pour preuve le fait suivant rapporté par La Faye dans le cours d'opérations de Dionis :

« Un homme reçut au bras un coup de bache, qui avait coupé obliquement l'os même du hras, et tous les muscles qui l'environnent, ne laissant d'entier que le cordon des vaisseaux, revêtu d'une bande de peau de la largeur du pouce. Le blessé ayant le bras pendant, de sorte que la main descendait près du genou, eut la force de le prendre avec sa main droite et de la rapprocher lui-même du haut de l'épaule par un pur mouvement de la nature. On enveloppa la partie de beaucoup de linge, et on amena le blessé à M. de la Peyronie, qui trouva la plaie remplie de linge et des caillots de sang, une distance de huit pouces entre les deux parties coupées, et la portion inférieure du bras, froide, livide et sans sentiment, aussi bien que l'avant-bras et la main ; dans cet état, il était si facile d'achever l'amputation, et si peu vraisemblable de conserver le membre, que plusieurs chirurgiens, qui accompagnaient M. de la Peyronie, proposèrent de le couper tout à fait ; mais M. de la Peyronie, fondé sur quelques exemples de réunion qu'on n'aurait osé espérer, voulut tenter celle-ci ; pour cela, il ôta quelques petites portions d'os détachées, affronta les parties autant qu'il lui fut possible et les soutint avec un appareil convenable, en observant de le faire fenestrer pour pouvoir panser la plaie, sans toucher à ce qui tenait les os en sujétion. Il employa pour topique l'eau-de-vie, animée d'un peu de sel ammoniac, et mit en usage tout ce qu'il fallait, soit pour rappeler la chaleur naturelle, soit pour prévenir les accidents.

« Le deuxième jour, le bras parut un peu gonflé au-dessus de la plaie ; il n'y avait point de pouls à la main. Le troisième, un peu de gonflement à la main et à l'avant-bras, et le gonflement augmenté et un peu de chaleur à la main. Du cinquième au huitième, la chaleur augmenta par degrés ; le huitième, la fenestre du bandage fut ouverte et la plaie parut s'animer. Le pansement fut fait avec des plumasseaux trempés dans une dissolution de colcotar et des compresses imbibées d'un vin aromatique animé ; ce qui fut continué jusqu'au quatorze, que l'appareil fut levé pour la seconde fois, et la plaie parut disposée à la réunion. Le dix-huit, la cicatrice se trouva avancée ; la partie presque dans son état naturel, et le battement du pouls sensible. Alors M. de la Peyronie substitua un bandage roulé au fenestré. On eut soin de lever l'appareil de dix en dix jours ; après cinquante jours, on l'ôta entièrement ; et au bout de deux mois de la blessure, le malade fut entièrement guéri, à un peu d'engourdissement près dans la partie. »

Voici donc un exemple de division complète de l'humérus, produite par un instrument tranchant et dont la consolidation a exigé deux mois

à peine, c'est-à-dire moins que le temps ordinairement nécessaire pour obtenir la consolidation d'une fracture compliquée de plaie. Et cependant, dans ce cas, la cause signalée par Boyer pour expliquer la différence qui existe entre la facilité de guérison des fractures et des plaies des os, n'aurait pas dû faire défaut. Mais cette cause n'existe pas. Comment, en effet, rapporter à l'intensité de la contusion, la non-consolidation des plaies des os? N'est-il pas évident que la contusion est bien plus intense dans les fractures que dans les cas qui nous occupent, et que la division des solutions de continuité en plaies par instruments tranchants et en plaies contuses (qui sont ici les fractures) est aussi vraie pour le tissu osseux que pour les autres tissus.

Avant d'examiner si l'explication de Lamotte est plus fondée, j'appellerai d'abord l'attention sur une circonstance dont l'importance a été, jusqu'à présent, méconnue, et qui peut contribuer à élucider cette question, je veux parler de la direction de solution de continuité de l'os. Celle-ci, en effet, n'est pas sans influence sur la consolidation. Est-elle oblique, la consolidation sera rapide et ne demandera pas plus de temps que s'il s'agissait d'une fracture compliquée de plaie, ainsi que cela a eu lieu dans l'observation de La Faye, que je viens de rapporter. La solution de continuité est-elle, au contraire, transversale? La consolidation n'aura lieu que tardivement et pourra même faire complétemet défaut.

Lamotte, dans son *Traité de chirurgie*, rapporte trois observations de division complète des os par instruments tranchants. L'une a pour objet la division des métatarsiens et est peu concluante, au point de vue qui nous occupe; mais il n'en est pas de même des deux autres. Dans l'une, le cubitus fut divisé *transversalement* d'un coup de sabre, à sa partie moyenne et inférieure (assez proche du poignet). « Les pansements durèrent longtemps, dit Lamotte, et furent fort ennuyeux, tant j'eus de peine à parvenir à la réunion de cet os coupé de la sorte, je suis très-persuadé que j'aurais guéri deux fractures compliquées pendant que je pansai celle-ci, avant que la réunion fût bien et solidement faite. » Il s'agit, dans l'autre observation, d'une division complète du tibia par une cognée, en sa partie moyenne et inférieure et endommageant le péroné. La direction de la solution de continuité ne se trouve pas ici mentionnée; mais à cause du siége de la blessure sur le tissu inférieur de la jambe, il est permis de supposer que si sa direction n'était pas tout à fait transversale, elle était du moins très-légèrement oblique, car autrement elle eût intéressé l'articulation tibio-tarsienne, ou tout au moins l'articulation tibio-péronière, et non le péroné, comme il est dit dans l'observation. La consolidation fut

très-tardive. « Le blessé, dit Lamotte, n'ayant pu se soutenir sur des béquilles que près de six mois après, quelque soin que j'eusse pris à le panser pour le tirer d'affaire aussi heureusement qu'il le fut. » J'ajouterai que dans ce cas l'intégrité du péroné eût dû favoriser la consolidation du tibia.

M. Legouest a fait représenter, dans son *Traité de chirurgie d'armée* : 1° un avant-bras gauche, sur lequel le radius et le cubitus furent totalement divisés par un coup de sabre appliqué sur la face dorsale du membre. La consolidation des os ne s'était pas faite et les extrémités des fragments chevauchant les unes sur les autres, de façon à donner à l'avant-bras une courbure assez prononcée à concavité antérieure, étaient réunies par une pseudarthrose; 2° un cubitus divisé complétement à sa partie supérieure. On n'y rencontre pas même les traces d'une consolidation; un lambeau de tissu fibreux s'étend en pont d'une extrémité à l'autre. Sur le premier dessin, il est difficile de reconnaître la direction exacte des divisions osseuses ; elle semble être légèrement oblique. Sur la seconde figure, la solution de continuité est transversale.

Enfin, dans l'observation qui m'est personnelle et que j'ai rapportée au début de ce travail, la division de la phalange du pouce était transversale et tout à fait perpendiculaire à l'axe de l'os.

L'influence de la direction de la plaie de l'os sur sa consolidation ressort bien évidemment de ces faits. En opposition, en effet, au cas rapporté par La Faye, dans lequel une division complète, mais *oblique*, de l'humérus, guérit en moins de deux mois, nous trouvons trois faits de pseudarthroses consécutives, deux fois à la division *transversale* du cubitus et de la première phalange du pouce, et une fois à la division légèrement oblique des deux os de l'avant-bras, plus deux exemples de consolidation tardive à la suite, dans un cas de la division *transversale* du cubitus et dans l'autre de la division du tibia, dans une direction non indiquée, mais qu'on peut considérer, sinon comme transversale, du moins comme *légèrement oblique*. Le rôle de la direction de la solution de continuité est donc suffisamment démontré et je crois pouvoir, d'après ces faits et malgré leur petit nombre, affirmer que le défaut ou, tout au moins, le retard de la consolidation est d'autant plus à redouter que ces solutions de continuité sont moins obliques et se rapprochent davantage d'une direction perpendiculaire à l'axe de l'os.

L'opinion de Lamotte se trouve confirmée par cette circonstance, car cette influence de la direction de la plaie ne peut s'expliquer que par l'exiguïté des surfaces osseuses divisées, qui sont aussi peu éten-

dues que possible, lorsque la solution de continuité est transversale, d'où, pour les fragments, une facilité plus grande de s'abandonner. Enfin, dans le cas d'une plaie oblique, un bandage compressif, appliqué autour du membre, maintient forcément, au contact, les surfaces divisées; tandis que si leur direction est transversale, le même bandage est impuissant à prévenir leur écartement.

Il me reste encore une particularité importante à signaler. Lorsqu'un os long a été divisé complétement par un instrument tranchant, deux cas peuvent se présenter : 1° la solution de continuité est due complétement à l'action du tranchant de l'instrument : ce sont ces cas que nous avons eu seulement en vue jusqu'à présent; 2° une partie de l'os seulement a été divisée par le tranchant de l'instrument, tandis que le reste de son épaisseur a éclaté sous l'influence du choc de l'instrument, agissant alors comme instrument contondant ou sous l'influence de toute autre cause. La solution de continuité participe alors des caractères des plaies des os dans une partie de son étendue et des caractères des fractures dans l'autre partie, et la consolidation en est rendue plus facile, ainsi qu'il résulte du fait suivant que j'emprunte à Lamotte :

« Au mois d'août 1696, deux grenadiers, l'un du régiment d'Oleron et l'autre de Hainaut, se battant à coups de sabre, celui de Hainaut en déchargea un si grand coup sur celui d'Oleron, qu'il lui coupa environ les deux tiers de l'humérus, assez près du coude; le reste de l'os de l'épaule se trouva éclaté, comme il arrive à un morceau de bois quand on veut le séparer et que sans se couper entièrement le reste s'éclate. Le blessé fut amené à l'hôpital des troupes. Comme heureusement cette plaie ne fut accompagnée d'aucun accident, je la pansai comme une fracture simple et compliquée, que je ne pansais que de quatre à cinq fois en quatre à cinq jours. Il ne se fit aucune exfoliaton à cet os, du moins qui fût sensible; la réunion se trouva parfaitement accomplie et le blessé guéri en trois mois. »

Il est permis de penser que dans ce cas la consolidation a été prompte et facile, grâce à la présence, sur une partie de la surface osseuse divisée, d'inégalités et de saillies ayant favorisé la coaptation des fragments. A ce titre, ce fait plaide encore en faveur de l'opinion de Lamotte, qui se trouve être ainsi la seule admissible.

De tout ce qui précède, on peut tirer quelques conséquences pratiques relatives au traitement des divisions des os longs par les instruments tranchants.

Plusieurs cas peuvent, comme nous l'avons dit déjà, se présenter :

1° La solution de continuité de l'os, quoique complète, n'a pas été

produite tout entière par le tranchant de l'instrument, une partie de l'os a éclaté;

2° La solution de continuité est due complétement à l'action de l'instrument tranchant, mais sa direction est oblique;

3° La solution de continuité, reconnaissant la même cause, est transversale ou légèrement oblique.

Deux observations, l'une de Lamotte et l'autre de La Faye, que nous avons rapportées, nous ont montré que la consolidation des solutions de continuité des os longs, dues en partie ou même en totalité (*pourvu qu'elles soient obliques*), à l'action d'un instrument tranchant, pouvait se produire aussi rapidement et avec autant de facilité que s'il s'agissait d'une fracture compliquée de plaie. Pour de pareilles solutions de continuité des os longs, on n'aura donc pas à recourir à d'autres moyens qu'à ceux qui sont mis habituellement en pratique pour les fractures compliquées de plaie.

Lorsque la solution de continuité sera transversale ou légèrement oblique, il n'en sera plus de même, et l'expérience a suffisamment démontré l'infidélité des moyens habituels de contention des fractures. Le chirurgien devra-t-il alors placer le membre dans une immobilité aussi complète que possible et attendre patiemment une consolidation très-incertaine et tout au moins tardive, ou bien, au contraire, faire appel à des moyens capables d'assurer et de hâter la consolidation. Le chirurgien devra tout faire pour prévenir la formation d'une pseudarthrose, et il sera d'autant plus autorisé à agir ainsi, que les moyens qu'il mettra en pratique seront plus inoffensifs.

La cause du défaut ou du retard de la consolidation des divisions complètes et transversales des os longs est surtout, selon moi, l'écartement des fragments, suivant l'axe du membre, d'où la formation d'un cal fibreux, comme dans les fractures transversales de la rotule et de l'olécrâne. C'est donc ce déplacement, dû à l'absence d'aspérités sur les surfaces divisées, et contre lequel les appareils qu'on emploie ordinairement pour les fractures des membres sont impuissants, qu'il faudra s'efforcer de combattre. Aussi, dans ce but n'hésiterais-je pas, en pareil cas, à pratiquer la suture des fragments. Ceux-ci se trouvant à ciel ouvert, par le fait de la plaie, il ne peut y avoir aucun inconvénient à les traiter comme s'il s'agissait d'une pseudarthrose. Par cette pratique, qui n'augmenterait en rien les chances défavorables du blessé, on maintiendrait sûrement au contact les surfaces osseuses divisées, en même temps qu'on provoquerait à leur niveau, par la présence d'un corps étranger, une irritation que je considérerais volontiers comme favorable à leur consolidation. On éviterait ainsi, sans

nul doute, la formation d'une pseudarthrose, contre laquelle ne réussira pas toujours un moyen aussi simple que celui que j'ai employé, l'acupuncture, et dont la cure pourra peut-être réclamer plus tard la suture des fragments, mais alors, en faisant courir au malade des dangers que n'eût pas présentés cette opération, si elle eût été pratiquée au moment même de l'accident.

Lorsque l'os divisé sera sous-cutané, on pourra peut-être remplacer la suture par l'application de la griffe de Malgaigne.

Il est bien clair que ces considérations ne sauraient s'appliquer aux cas dans lesquels les nerfs et les vaisseaux principaux ont été divisés en même temps que l'os; en pareille circonstance, le chirurgien n'a d'autre conduite à tenir que de séparer le membre, en régularisant la plaie.

Extrait du rapport de M. Desprès.

Le travail de M. Thomas, de Tours, offre un intérêt réel au point de vue de la réparation des fractures causées par des instruments tranchants et contondants. Il s'agit, en effet, d'une fracture d'une phalange causée par le côté tranchant d'un marteau. La fracture ne s'est point consolidée dans le temps habituel; cinq mois ont été nécessaires pour que la consolidation eût lieu.

Parmi les interprétations fournies par M. Thomas, de Tours, empruntées à Lamotte et à Boyer, il en est une que l'auteur est plus disposé à accepter : c'est celle de Lamotte. Je penche, pour ma part, en faveur de celle de Boyer. Voici pourquoi : Boyer disait que la lenteur de la consolidation de la fracture était due à la contusion des surfaces fracturées par l'instrument tranchant et contondant qui a divisé l'os. Sans doute, Boyer avait remarqué des décollements du périoste des parcelles d'os à moitié détachées des surfaces divisées, et il avait conclu qu'il y avait contusion. Aujourd'hui, grâce aux recherches microscopiques, il est possible de mieux préciser les lésions et souvent de constater des lésions sur des os en apparence sains. Je conçois tout à fait ce genre de contusion de l'os, et comme les portions contusionnées, mortifiées, doivent être éliminées, comme cette élimination dure un certain temps, six semaines ou deux mois, on conçoit que ce travail éliminateur entrave la consolidation.

J'ai montré à la Sociéié de chirurgie, il y a cinq ans, des faits de fracture du col du fémur, où le col était, pour ainsi dire, réduit en une sorte de poussière; j'ai fait voir que cette poussière osseuse ou débris d'os, formant de véritables corps étrangers entre les surfaces fracturées, empêchait la consolidation.

Je crois que chez le malade de M. Thomas il y a eu quelque chose d'analogue. Il s'est éliminé une portion de chaque surface de section; tout ce qui était mortifié par la contusion a été éliminé avec le pus, et pendant que cette élimination avait lieu, la consolidation était impossible et a commencé seulement au moment où la plaie a commencé à se fermer. Et c'est à peu près là ce que nous voyons dans les cas de fracture comminutive avec plaie.

En résumé, je propose de maintenir M. Thomas, de Tours, sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, où il est déjà placé, et de renvoyer son travail au Bulletin.

M. Verneuil. Il y a bien longtemps que cette question des plaies des os n'a été soulevée. Puisque l'on est obligé d'invoquer les opinions des auteurs des siècles passés, il me paraît qu'il y aurait lieu de mettre la discussion de cette question à l'ordre du jour.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. Verneuil présente :

Un écraseur linéaire muni de deux chaînes qui peuvent agir simultanément et pratiquer ainsi deux sections à la fois. Cet instrument peut rendre et a rendu déjà des services dans l'extirpation du col de l'utérus, de certaines tumeurs des grandes lèvres, de la langue, etc.

Cet instrument n'augmente pas l'arsenal chirurgical. Il a été construit par M. Mathieu de façon qu'on peut manœuvrer à volonté avec les deux chaînes ou l'une seulement.

Modification pour évacuer et injecter les collections des cavités séreuses. — M. Verneuil montre encore un petit appareil dont il a conçu l'idée à propos d'un cas d'épanchement purulent dans la plèvre. Dans ce cas, on laissa dans la plèvre un tube de caoutchouc, à l'aide duquel on pratiqua, pendant fort longtemps, des injections chlorurées. La guérison eut lieu; mais l'air s'introduisait librement dans le foyer et il semble qu'il eût été avantageux d'empêcher ce contact permanent du pus et de l'air atmosphérique.

Ce petit appareil ne renferme rien de neuf. Il se distingue seulement par la réunion de tout ce qui peut assurer l'écoulement continu les injections réitérées, tout en prévenant, du commencement jusqu'à la fin du traitement, l'introduction de l'air.

M. Mathieu m'a fourni à très-bon marché toutes les pièces nécessaires à ce procédé.

Appareil instrumental.

1° Trocart droit assez court et assez volumineux;

2° Tube de caoutchouc, long de 30 à 35 centimètres, remplissant exactement la canule du trocart. Il n'est pas perforé de distance en distance comme les drains ordinaires, mais présente seulement près de l'une de ses extrémités, et dans l'étendue de 4 à 5 centimètres, une série de trous de 3 millimètres environ;

L'extrémité du tube, qui doit plonger dans la cavité, est convertie en cul-de-sac par une fine ligature de soie appliquée circulairement;

3° Un mandrin en fil de fer, une bougie de baleine, une petite baguette de bois, fine, lisse, flexible;

4° Un condom attaché sur une petite virole de cuivre ou de toute autre substance; elle est creuse et de volume tel qu'elle puisse s'engager dans le tube en caoutchouc et y être maintenue par la pression élastique de ce dernier;

5° Du collodion; un bassin de petite dimension.

Manuel opératoire. — On plonge à l'ordinaire le trocart dans la collection. Le poinçon retiré, le liquide s'écoule. Avant que le jet diminue, on introduit le tube en caoutchouc avec l'aide du mandrin et on le fait pénétrer à la profondeur de plusieurs centimètres. On retire alors la canule du trocart; puis le mandrin et le tube en caoutchouc restent seuls en place. Le liquide s'écoule peu à peu; on introduit la virole, qui termine le condom, dans l'extrémité libre du tube élastique, et désormais le contenu de la tumeur s'échappe par la cavité du condom.

Quand on veut faire une injection dans la cavité, on enlève le condom, on serre le tube de caoutchouc entre la pouce et l'index de la main gauche, à 2 centimètres à peu près de son extrémité libre; on introduit dans ce tube la canule de la seringue, après s'être assuré qu'elle ne renferme pas d'air, et on pousse le liquide médicamenteux.

Avant de retirer la seringue, on pince de nouveau le tube élastique pour retenir le liquide injecté. On replace le condom et on laisse écouler l'injection.

Pour peu qu'on prenne les précautions nécessaires, on peut réitérer les injections aussi souvent qu'on voudra, sans qu'une seule bulle d'air s'introduise dans la cavité séreuse ou purulente.

J'ai déjà mis en pratique deux fois ce petit appareil, qui m'avait été confectionné par M. Mathieu. Une fois, il s'agissait d'un très-volumineux abcès par congestion de l'aine. Une autrefois, d'un abcès du foie, renfermant deux litres de pus. Ces deux cas étant encore en traitement, je ne puis prévoir quelle en sera l'issue; mais cependant je puis

dire que l'introduction de l'air a été parfaitement prévenue depuis une douzaine de jours que les tubes sont en place.

Dans un troisième cas et sur mon indication, le même appareil a été employé dans une petite opération, qui, malgré son peu d'importance, donne trop souvent lieu à des accidents d'infection putride. Je veux parler de l'imperforation de l'hymen avec rétention du sang menstruel. J'ai conseillé de faire lentement l'évacuation du foyer, à l'abri du contact de l'air, pour permettre à la matrice distendue de revenir sur elle-même (ce qu'on favorise d'ailleurs avec de petites doses de seigle ergoté) et de ne procéder qu'alors à la création d'une ouverture large et permanente.

Je crois néanmoins que c'est dans le paracentèse thoracique que l'appareil rendra les plus sérieux services, quand il s'agira de pleurésies purulentes exigeant l'issue continuelle du liquide.

M. Chassaignac. Je me garderai bien de combattre les inventions de M. Verneuil, et je ne puis m'opposer à des essais faits dans une voie où je suis entré le premier.

Relativement à l'emploi du tube à drainage, je dois dire que la pratique des chirurgiens anglais a prouvé que le tube à drainage, placé en forme d'anse et à demeure dans le cas d'épanchement dans la plèvre, donnait des résultats remarquables et presque constants.

Quant à l'emploi du drainage dans le cas de distension de la cavité vaginale par le liquide des règles, il peut donner des résultats satisfaisants. Je l'ai mis en usage avec succès, dans un cas de ce genre, chez une fille de 17 ans, traitée dans mon service, à l'hôpital Lariboisière.

Je dois faire remarquer que les tubes à drainage, qui sont tout à fait inoffensifs quand ils sont disposés en anse, ne le sont pas au même point lorsqu'ils sont laissés en liberté.

Je crois que l'on ne sera pas exposé à observer l'accident dont nous a fait part M. Verneuil, après l'emploi de l'écraseur linéaire, lorsqu'on aura eu soin de limiter la partie à atteindre avec une aiguille.

On pourra abaisser l'utérus avec des érignes, mais il ne faut pas demander à cette méthode plus qu'elle ne peut donner.

M. Larrey. Je me permets de rappeler à M. Verneuil la sonde qui a été employée par mon père et qui ressemble à celle qu'il a mise en usage. Après avoir fait une ponction avec un trocart assez volumineux, mon père introduisait une sonde élastique qu'il laissait à demeure. Il avait aussi employé ce procédé après la ponction abdominale et après celle des abcès froids.

M. Guérin. Je veux faire à l'instrument de M. Mathieu une objection purement théorique. Je ne puis y voir un perfectionnement de l'instrument de M. Chassaignac. La chaîne que nous présente M. Verneuil *scie* les tissus et ne les *coupe pas en les rapprochant peu à peu..*

Son action, par conséquent, ne repose pas du tout sur le même principe que celle de l'instrument de M. Chassaignac.

Je ne sais pas exactement ce que donnera la pratique, mais *à priori* je craindrais de voir survenir la déchirure de quelques vaisseaux.

M. Boinet. M. Verneuil a ajouté une petite vessie à son drain pour empêcher l'introduction de l'air. Je ne pense pas qu'il faille autant redouter l'introduction de l'air; ce qu'il faut redouter, c'est que l'air ne séjourne et n'amène la décomposition des liquides avec lesquels il est en contact; pour éviter cet inconvénient, il faut faire des lavages convenables.

M. Broca. L'objection que M. Guérin vient de faire au nom de la théorie, à l'emploi de l'écraseur présenté par M. Verneuil, a déjà été faite par la pratique.

Il y a une dizaine d'années, M. Charrière fils avait imaginé un écraseur, analogue comme principe à celui que l'on vient de mettre sous nos yeux. Au premier abord, cet instrument semblait devoir agir comme celui de M. Chassaignac; cependant, il n'en était rien, et j'ai souvenir que M. Verneuil lui-même fut obligé de lier une artère sur une verge qu'il avait sectionnée à l'aide de cet écraseur.

Relativement à l'existence des deux chaînes juxtaposées, je dirai que les deux sections se faisant en même temps manquent de précision.

Enfin, c'est là un instrument nouveau à ajouter encore à notre arsenal.

M. Verneuil. L'honneur de toutes ces petites tentatives revient en partie au drainage. Seulement, je tiens à faire remarquer que le drainage n'empêche pas l'introduction de l'air.

Je répondrai à M. Larrey qu'entre ce que faisait son père et ce que je fais, il n'y a de ressemblance que l'introduction de la canule élastique dans la canule métallique.

Dans un grand nombre de cas, l'on a observé, il faut l'avouer, des hémorrhagies après l'emploi de l'écraseur linéaire; mais, pour mon compte, j'estime que la faute en est tout entière aux chirurgiens, qui n'ont pas eu la patience de se servir de l'instrument, en suivant les règles formulées par l'inventeur.

COMITÉ SECRET.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret pour entendre les rapports sur les titres des candidats aux places de membres correspondants étrangers et nationaux.

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

M. Lefort, rapporteur de la commission des membres correspondants étrangers, présente la liste suivante :

1° M. Brodhurst, à Londres;
2° M. Krassouwski, à Saint-Pétersbourg;
3° M. Santo-Pado, à Urbino;
4° M. Bardeleben, à Berlin.

CORRESPONDANTS NATIONAUX.

M. Tillaux, rapporteur de la commission des membres correspondants nationaux, présente la liste suivante :

1° M. Dubois, à Abbeville;
2° M. Dauvé, chirurgien de l'armée;
3° M. Duménil, à Rouen;
4° M. Gayet, à Lyon;
5° M. Lannelongue, à Bordeaux;
6° M. Thomas (Louis), à Tours.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire : Dr Léon Labbé.

COMPTE-RENDU

DES

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

PENDANT L'ANNÉE 1868

Par M. LÉON LABBÉ, secrétaire annuel

MESSIEURS,

Appelé par vos suffrages à l'honneur de rédiger vos bulletins pendant l'année 1868, je viens aujourd'hui retracer, dans un résumé rapide, les points principaux qui ont fait l'objet de vos études. Après avoir apporté le soin le plus scrupuleux à rendre dans toute sa vérité la pensée de chacun de vous, je ferai encore des efforts pour mettre en relief les communications les plus importantes que notre Société a dues au zèle d'un grand nombre de ses membres.

Sans qu'il soit permis d'indiquer des limites à nos travaux, il me paraît juste cependant de faire remarquer que pendant le cours de cette année la nature de ceux-ci a été plus complétement en rapport avec l'esprit qui a présidé à la fondation de la Société de chirurgie, avec la direction qui a été donnée à ses efforts par nos devanciers. Dans les années précédentes, de longues et savantes discussions ont donné la mesure du talent de plusieurs de nos orateurs, et l'on ne pourrait sans injustice méconnaître l'importance des questions dont l'examen a ainsi quelquefois occupé nos séances pendant plusieurs mois ; mais, d'un autre côté, tout esprit impartial doit reconnaître qu'à ces époques l'activité, l'assiduité du plus grand nombre de nos membres s'était singulièrement refroidie. En effet, ce que la plupart d'entre nous venons chercher dans cette enceinte, ce qu'espère trouver dans nos bulletins

hebdomadaires le public médical si nombreux qui suit régulièrement la publication de nos séances, c'est la relation des faits les plus importants de la pratique chirurgicale de chacun. Sous ce rapport, la richesse du Bulletin de l'année 1868 laisse peu à désirer, aussi dois-je, dès à présent, réclamer votre indulgence, si, voulant rendre à tous la justice qui eur est due, je me vois dans la nécessité de n'insister que très-peu sur chaque fait en particulier.

L'un de nos membres les plus actifs, M. Desprès, après avoir, en 1867, défendu avec une grande insistance les opinions qu'il professe relativement à l'inutilité du *traitement de la syphilis par le mercure*, a essayé cette année de raviver une discussion encore récente en venant faire part à la Société des résultats observés par lui dans son service de Lourcine. M. Desprès, comme il le dit lui-même, ne s'est pas laissé effrayer par le concert d'oppositions qu'il avait rencontré au sein de notre Société, et il demeure convaincu que ses opinions finiront par triompher. L'ardeur avec laquelle M. Desprès a de nouveau défendu sa manière de voir, n'a pu vaincre le silence de ses contradicteurs.

Nous devons encore à notre zélé collègue une intéressante communication sur le *régime des opérés dans nos hôpitaux*. Dans cette note, où il défend l'intérêt de nos malades, M. Desprès a courageusement revendiqué pour le corps des médecins et des chirurgiens des hôpitaux une plus large part dans les délibérations administratives qui touchent directement au traitement des malades.

A la suite du dépôt sur le bureau par M. Broca, de la part de M. le directeur de l'Assistance publique, des deux premiers volumes de la *Statistique médicale des hôpitaux de Paris* (années 1861 et 1862), vous avez nommé, sur la proposition de M. Lefort, appuyée par MM. Larrey et Marjolin, une Commission dite *Commission permanente de statistique chirurgicale*. Sa mission est de dresser le cadre dans lequel on devra ranger tous nos documents statistiques, et lorsque ce travail important sera terminé, la Société en accueillera la communication avec la plus grande faveur.

A toutes les époques, les difficultés de diagnostic que présentent certains *lipômes* ont été signalées par les chirurgiens. M. Trélat vous a fait connaître une erreur qu'il avait commise dans un cas de *lipôme de la main simulant un kyste synovial*. La tumeur, limitée à la paume de la main, laissait percevoir la sensation de fluctuation avec une incontestable netteté, et, en la pressant, on obtenait une sorte de frôlement rugueux et prolongé.

Cette présentation a donné lieu à une discussion rapide dans laquelle M. Boinet a tenté de faire admettre, contrairement à l'opinion très-absolue de M. Chassaignac, que dans certains cas de lipômes l'on pouvait percevoir exactement la même sensation que celle que l'on constate lorsqu'il existe un kyste synovial.

M. Demarquay a mis sous vos yeux un bel exemple de *tumeur hypertrophique des glandes sudoripares*. Cette tumeur avait été d'abord prise pour un cancer, et les faits de ce genre, ainsi que l'a fait remarquer M. Verneuil, dont vous connaissez les travaux sur ce sujet, permettent d'expliquer les idées anciennes sur la non reproduction et la bénignité de certaines tumeurs de la peau dites cancéreuses.

M. Marjolin nous a communiqué une observation d'*hypertrophie diffuse de la glande mammaire*, à marche rapide, survenue chez une jeune fille de quinze ans et demi, de petite taille, non réglée. Le sein droit, qui dut être enlevé, pesait 1 kilogramme 510 grammes. Dans ce cas l'hypertrophie, quoique déjà considérable, était loin d'atteindre les proportions qu'elle avait prises chez la jeune fille opérée par M. Manec en 1859 pour une hypertrophie générale des deux mamelles. Chez elle, en effet, l'un des seins pesait qninze livres et l'autre seize.

Nous devons à M. Guyon la relation d'un fait très-intéressant d'*enchondrôme pur de la parotide*. La tumeur observée chez une jeune fille de 17 ans et demi, avait mis un peu plus de sept ans à se développer. Après la dissection, elle mesurait 24 centimètres de circonférence. Elle était constituée par du tissu cartilagineux vrai en abondance, à côté de tissus cartilagineux en voie de formation.

En opposition à la marche lente qu'a présentée cette tumeur cartilagineuse, je dois vous signaler les faits d'*enchondrômes à marche rapide* que nous ont fait connaître MM. Tillaux et Trélat. Chez la malade de M. Tillaux, les deux maxillaires supérieurs avaient été envahis et la résection partielle de ces deux os avait dû être pratiquée. La tumeur, grosse comme un œuf de poule, n'avait commencé à paraître que trois mois auparavant. Examinée par MM. Laboulbène, Ranvier, Tillaux, elle ne contenait que du cartilage à différents états de développement, et cependant elle s'était comportée comme les pro ductions que nous sommes habitués à considérer comme de mauvaise nature.

Chez l'une des opérées de M. Trélat, jeune femme de 29 ans, la tumeur, qui occupait d'abord la partie latérale droite du cou et dont

les limites, au moment de l'opération, étaient la plèvre, le pharynx, les gros vaisseaux du cou et les apophyses épineuses des vertèbres cervicales, avait acquis un volume énorme en moins de dix-huit mois. Un enchondrôme de la parotide, enlevé par ce chirurgien sur une autre femme, s'était développé en trois ans.

En présence du fait de M. Tillaux et des siens, M. Trélat s'est demandé s'il n'y avait pas lieu de réviser la question de la rapidité ou de la lenteur de développement des tumeurs cartilagineuses. L'on doit s'associer à l'idée émise par notre collègue, mais à la condition, ainsi qnc l'a fait observer M. Giraldès, que tous les faits seront soumis à un mode d'investigation identique : l'examen microscopique. Dès lors. on le comprend, une partie des faits anciens devront être laissés de côté dans le débat.

M. Marjolin nous a montré des pièces importantes se rattachant à l'histoire d'un cas de *gangrène spontanée des extrémités inférieures chez un enfant de* 26 *mois, ayant une communication congénitale à la base des deux ventricules du cœur*. Ces faits sont très-rares, et dans l'ouvrage de MM. Barthez et Rilliet on n'en trouve que six de mentionnés.

M. Demarquay a vu mourir entre ses mains, par suite d'une *hémorrhagie due à la blessure d'une artère intercostale*, un jeune homme sur la poitrine duquel il avait pratiqué un très-léger débridement destiné à faciliter l'emploi d'injections détersives dans la cavité pleurale. Il faut noter que les rapports normaux des espaces intercostaux avaient été notablement modifiés par la maladie, et la blessure du vaisseau se comprend facilement lorsqu'on sait qu'une partie du rebord inférieur de la côte supérieure manquait; l'artère n'était plus en effet protégée.

A cette occasion, M. Panas a exposé rapidement l'histoire d'un individu observé par lui dans le service de M. Laugier. Ce malade mourut à la suite d'une *hémorrhagie de l'artère intercostale* blessée par un fragment de côte fracturée.

M. Tillaux a payé son tribut à l'histoire *des plaies du cœur*. Il nous a fait voir une tige métallique longue de 16 centimètres, large de 2 millimètres, qui avait traversé d'avant en arrière et de gauche à droite la paroi postérieure du ventricule gauche dans toute son étendue et tout le lobe inférieur du poumon droit. La tige n'avait nullement pénétré dans les cavités du cœur. Elle a séjourné pendant 13 mois dans la poitrine sans amener dans le tissu du cœur aucune modification appréciable. Le chirurgien ayant pu observer le malade

peu de temps après l'introduction du corps étranger dans le thorax, devait-il rester inactif ou intervenir immédiatement. Cette question, soulevée par plusieurs membres, a été résolue dans le sens de l'intervention par la plupart d'entre eux; malgré cette opinion, formulée d'ailleurs avec quelques réserves, il serait difficile de critiquer la conduite de notre collègue.

L'histoire thérapeutique des anévrysmes a été profondément modifiée depuis quelques années, et plusieurs des membres de notre Société, notamment MM. Broca et Vanzetti de Padoue peuvent à bon droit revendiquer une large part dans les progrès accomplis dans cette voie. Cette année, l'un de nos correspondants étrangers les plus actifs, M. Ciniselli, de Crémone, nous a adressé la relation d'un fait remarquable qui recule encore les limites de l'art relativement à ce point important de pratique chirurgicale. Chez un homme de 46 ans, M. Ciniselli a guéri un anévrysme de l'aorte ascendante à l'aide de la galvano-puncture. On ne saurait trop recommander la lecture de cette observation, qni renferme des enseignements nombreux et donne une haute idée de la science et de l'ingéniosité de notre confrère italien.

L'un de nos nouveaux collègues, M. le docteur Paulet, a lu, à l'appui de sa candidature, un important mémoire intitulé *Étude sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs*. Peu de jours après, M. Tillaux, dans un consciencieux rapport, faisait ressortir devant vous tout ce que ce travail renfermait d'intéressant.

La physiologie nous enseigne que le bout périphérique d'un nerf sectionné a perdu toutes ses propriétés conductrices, et qu'en conséquence les parties auxquelles il se distribue sont privées et de sentiment et de mouvement jusqu'à ce que les deux bouts soient réunis.

Eh bien! M. Paulet nous a fait connaître des observations qui sont de nature à ébranler sur ce point les convictions les plus fermes. Il a réuni vingt-huit cas de névrotomie avec résection dans lesquels les fonctions se sont rétablies quelquefois après un temps très-court, d'autres fois après plusieurs mois il est vrai, mais alors que la perte de substance faite au tronc nerveux égalait trois ou quatre pouces, ce qui exclut toute possibilité de restauration, d'après les lois posées par la physiologie. Enfin, dans certains cas, la résection d'un nerf important n'a troublé en rien la sensibilité ni le mouvement volontaire.

Assurément ces faits sont exceptionnels; mais, tels qu'ils sont, ils ont naturellement conduit l'auteur du mémoire et son rapporteur à

émettre la proposition suivante : *Une partie du corps peut conserver sa sensibilité, bien que le tronc nerveux qui s'y distribue ne présente plus ses communications habituelles avec l'encéphale.* Reste aux physiologistes à résoudre le problème qui leur est posé en ces termes.

M. Liégeois, mettant à profit ses études de physiologie, a fait construire un *nouvel esthésiomètre*, a l'aide duquel il a tenté d'établir une distinction nette entre les diverses sensations tactiles. Quoique ce soit là plutôt un sujet de physiologie que de chirurgie, il s'y attache cependant un véritable intérêt pratique, et l'on comprend le parti que peuvent tirer les chirurgiens de l'emploi de cet instrument, notamment dans l'étude du retour de la sensibilité dans le cas de plaies des nerfs.

Les communications qui vous ont été faites sur les *maladies des os et des articulations* ont été nombreuses, variées et intéressantes.

M. Liégeois vous a longuement exposé l'histoire de trois malades sur lesquels il pratiqua *la résection du maxillaire supérieur pour des tumeurs fibreuses et fibro-plastiques*. Ces trois tumeurs, constituées par des éléments des tissus cellulaires, embryonnaires ou complétement développés, ont été observées dans les trois départements cellulaires de la mâchoire, si l'on peut dire ainsi, dans lesquels les fibrômes peuvent prendre naissance. La première était née, très-vraisemblablement, dans le canal dentaire; la seconde, dans le périoste qui enveloppe l'os; la troisième dans le périoste alvéolo-dentaire.

Dernièrement, M. Panas soumettait à votre examen *une tumeur de la mâchoire inférieure*, dont l'apparence, la coloration splénique rappelaient, à s'y méprendre, les tumeurs à myéloplaxes bien décrites par M. Eugène Nélaton. On n'avait pas affaire cependant à un myéloplaxe, mais à ce que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de sarcome ossifiant, c'est-à-dire à une production morbide due au développement anormal d'éléments embryo-plastiques dans la moelle, avec accompagnement de travées osseuses dans son épaisseur.

Cette observation intéressante prouve, à n'en pas douter, que l'examen à l'œil nu ne suffit pas, comme le voulait M. Eugène Nélaton, pour caractériser les tumeurs à myéloplaxes. Mais quelle est sa véritable signification par rapport à l'histoire générale des tumeurs? Question difficile à résoudre, d'autant plus que l'on voit en lisant avec soin l'observation de notre collègue, qu'il s'agissait là d'une tumeur à éléments multiples et composée de parties encore en voie d'évolution.

A l'occasion d'un travail important lu dans une autre enceinte par

l'un de nos collègues, M. Broca, sur les *odontômes cémentaires*, M. Letenneur, de Nantes, nous a fait parvenir une observation d'*odontôme cémentaire radiculaire*. La tumeur avait mis vingt-six ans à acquérir son développement. L'observation avait été déjà communiquée à la Société de chirurgie, sous le titre d'*exostose éburnée*, mais elle n'avait pas été publiée. M. Letenneur possédait encore la pièce anatomique, et la lecture du travail de M. Broca, lui fit penser qu'il pouvait bien s'agir de l'une de ces productions morbides désignées par notre collègue sous le nom d'odontôme cémentaire. L'examen, à l'aide du microscope, d'une coupe très-fine de la tumeur, a en effet démontré à M. Broca qu'il s'agissait bien là d'un odontôme cémentaire, production pathologique qui constitue une variété des tumeurs dentaires étudiées et décrites pour la première fois chez l'homme par notre collègue M. Forget, dans un mémoire original couronné en 1859 par l'Académie des sciences, sur le rapport de M. Velpeau.

Les doubles fractures verticales du bassin bien décrites par Malgaigne, présentent parfois de grandes difficultés de diagnostic. Notre collègue, M. Panas, après avoir au lit du malade établi d'une façon précise la nature de la lésion, a pu à l'autopsie constater *de visu* l'existence d'une quadruple fracture de cette cavité. Les pièces ont été mises sous vos yeux et vous avez pu voir qu'une cinquième fracture séparait la quatrième pièce du sacrum d'avec la cinquième.

A cette occasion, M. Larrey demanda à M. Panas, si en même temps que la fracture, il n'existait pas une disjonction, même partielle, des symphyses, soit sacro-iliaques, soit pubiennes, rappelant que dans la plupart de ces traumatismes l'on rencontrait cette double lésion.

Quelques jours après, M. Dolbeau venait apporter l'appui de son expérience à l'opinion soutenue par M. Larrey. Notre collègue, nous faisait savoir qu'ayant observé quatre fois les fractures doubles verticales du bassin, trois fois il avait remarqué que la fracture postérieure intéressait l'articulation sacro-iliaque, et en même temps, il signalait à votre attention une lésion bien exceptionnelle, consistant dans la *luxation complète ou double de l'os iliaque*. En effet, dans le fait recueilli par M. Dolbeau, il s'agissait bien d'une *luxation ou disjonction de toutes les articulations du bassin*. Notre collègue, fort de son expérience, crut pouvoir, dans cette circonstance, diagnostiquer une fracture double du bassin, alors qu'il s'agissait réellement d'un déplacement articulaire. M. Dolbeau pense que dans l'avenir, il serait possible d'éviter cette erreur, en précisant davantage le siége exact des points douloureux et en recherchant avec grand soin la mobilité anormale.

Le 6 janvier 1868, un individu, qui avait été enlevé par l'arbre de

couche d'une machine à vapeur, fut apporté à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Panas. On apprit qu'il avait perdu connaissance immédiatement après l'accident, et qu'il avait été bientôt en proie à un état d'excitation violente. Une saignée avait été faite; lorsque le blessé entra à l'hôpital, il était encore agité, il délirait, avait des mouvements désordonnés dans les bras et dans les jambes, et l'on put observer quelques contractions convulsives.

Du reste, on ne remarqua aucune trace de violence, point d'eccbymoses. La face était rouge, le pouls fort et plein. L'état d'excitation dura jusqu'à trois heures du matin, puis la respiration devint à ce moment un peu difficile, puis s'embarrassa tout à fait, et le malade mourut vers six heures.

La cause de la mort, qui n'avait pu être soupçonnée, fut découverte à l'autopsie. Il s'agissait *d'une luxation de la septième vertèbre cervicale*. Dans le point correspondant, la dure-mère était intacte; mais le cordon médullaire paraissait légèrement étranglé, présentait dans une hauteur de 1 centimètre environ, une teinte violacée, ecchymotique, et le tissu de la moelle était manifestemeut ramolli dans la même hauteur.

Dans le même hôpital, notre collègue M. Tillaux a observé en commun avec M. le docteur Millard, un cas de *luxation spontanée de la sixième vertèbre cervicale sur la septième*, dans lequel les difficultés de diagnostic n'ont pas été moins grandes, quoique le patient ait été pendant plus longtemps soumis à l'examen de nos confrères. Le malade avait, il est vrai, fait une chute, mais celle-ci avait été légère; il avait pu reprendre ses jeux, lorsque tout à coup, quatre heures après cet accident en apparence insignifiant, il s'affaissa en s'écriant: « Soutenez-moi, je ne puis me porter. » A partir de ce moment, il exista une paraplégie absolue. La mort arriva quatre jours après le début des accidents.

Il est bien évident que cette observation doit être rattachée à ces cas si fâcheux, dans lesquels des lésions déjà anciennes des surfaces artilaires vertébrales échappent aux chirurgiens les plus sagaces, et se révèlent tout à coup entourées d'un cortége de symptômes des plus effrayants.

Les luxations du poignet, admises si facilement par les chirurgiens du dernier siècle, et rejetées à peu près complétement depuis les travaux de Dupuytren, ne peuvent cependant être niées. C'est à Malgaigne qui, dès 1834, put en réunir trois exemples, que l'on doit d'avoir démontré que ces luxations existent réellement, tout en étant fort rares.

Les *luxations en arrière* sont les plus communes; des exemples non douteux en ont été publiés par M. Réné Marjolin dans sa thèse inaugurale, en 1839, par MM. Voillemier, Lenoir, et M. Guyon est venu mettre sous vos yeux un nouvel exemple de cette rare lésion. Chez un homme qui fut apporté à l'hôpital des Cliniques, il prit immédiatement le moule du membre, avant toute tentative de réduction. C'est ce moule que vous avez pu tous examiner. Eh bien! cette lésion est quelquefois si difficile à reconnaître, que plusieurs d'entre nous ont voulu contester à M. Guyon l'exactitude de son diagnostic. Cependant, notre collègue a cru pouvoir maintenir qu'il était en droit d'affirmer l'existence d'une luxation du poignet simple ou accompagnée de petites fractures insignifiantes.

Cette dernière réserve était très-justifiée, puisque M. Guyon n'avait pas été appelé à faire l'autopsie du membre blessé, car quelques jours après, M. Chassaignac vous faisait voir une pièce fort importante relativement à cette question. Il s'agissait d'un enfant chez lequel le radius et le cubitus avaient fait issue à travers la peau, la réduction avait été impossible et l'on avait dû pratiquer la résection des deux extrémités articulaires. Tout le monde croyait à l'existence d'une luxation type, car l'on voyait les surfaces articulaires, et cependant l'examen attentif de la pièce anatomo-pathologique démontra qu'une couche très-mince de la surface inférieure du radius était restée accollée au carpe, que, par conséquent, il ne s'agissait pas là encore d'une luxation pure du poignet.

A l'occasion de l'autopsie d'un malade affecté de *luxation coxo-fémorale* ancienne, M. Tillaux a entrepris sur le cadavre une série d'expériences fort intéressantes et destinées à déterminer le rôle exact que joue la capsule par rapport à la variété de déplacement de la tête fémorale. S'il n'est point encore prouvé, comme ont paru le démontrer les objections de quelques-uns de ses contradicteurs, MM. Broca, Després, etc., que les conclusions de M. Tillaux puissent dès à présent être acceptées sans réserve, je dois dire cependant qu'elles présentent un assez grand intérêt, pour que j'aie pensé à reproduire ici celles qui ont plus particulièrement un cachet de nouveauté. Notre collègue estime que : A la capsule est l'agent qui limite à peu près exclusivement la migration de la tête fémorale dans la luxation en arrière; B, que la rupture de la capsule, en arrière seulement, ou bien en arrière et en bas, donne toujours lieu à une luxation incomplète ischiatique; C, que la rupture de la capsule, en arrière, en bas et en avant (la partie supérieure seule étant intacte), donne toujours lieu à une luxation ischiatique; D, que la rupture de

la capsule, en arrière, en bas et en haut (la partie antérieure ou ligament de Bertin étant seule intacte), donne toujours lieu à une luxation iliaque. Enfin, que ces deux types de luxation ischiatique et iliaque sont tellement distincts qu'ils ne peuvent être transformés l'un en l'autre que par la rupture complète de la capsule.

M. Verneuil a dernièrement, dans un cas de coxalgie avec suppuration, fait *la résection de la hanche*. Son opéré est mort, mais notre collègue estime qu'il a trop tardé à pratiquer cette opération et qu'il aurait probablement réussi, s'il était intervenu deux mois plus tôt. Il est toujours très-disposé à recourir à cette opération, qui malgré les louables efforts de notre collègue M. Le Fort, n'est pas encore entrée dans la pratique usuelle des chirurgiens français.

Incidemment, M. Verneuil a appelé l'attention de la Société sur le *raccourcissement réel* que l'on peut observer dans certaines coxalgies, sans que pourtant la tête fémorale ait quitté la cavité cotyloïde. Ce raccourcissement est dû alors à une sorte d'éculement de cette cavité; cette disposition tendrait à faire admettre par M. Verneuil, plus qu'il ne l'a fait jadis, l'utilité de l'extension continue dans le traitement de la coxalgie. Cette question de l'extension, ainsi que celle de l'opportunité de la résection, a donné lieu à une discussion intéressante, à laquelle ont pris part MM. Verneuil, Blot, Marjolin, Le Fort, Giraldès, etc.; elle a permis de voir combien de desidérata existent encore dans le traitement de cette maladie redoutable. Nous avons vu en effet M. Le Fort abandonner des appareils américains qu'il nous avait présentés autrefois avec de grands éloges, et M. Giraldès nous a dit qu'à la vérité des chirurgiens américains très-autorisés, tels que MM. Cosme, Sayre, Davis avaient fait construire des appareils pour répondre à l'indication de l'extension continue, mais qu'en réalité, il était facile de se convaincre que tous ceux-ci n'agissaient qu'en immobilisant la cuisse à sa partie supérieure et non en produisant une traction qui éloignerait l'une de l'autre les surfaces articulaires malades.

Vous le voyez, la question est loin d'être épuisée; par son importance, elle mérite assurément d'être souvent mise à l'ordre du jour de vos discussions.

Au commencement de cette année, M. Verneuil nous présenta un malade chez lequel il avait pratiqué avec succès la *résection du coude dans un cas de fracture articulaire, avec plaie pénétrante de l'articulation.* Notre collègue avait été encouragé dans sa détermination par l'avis de M. Vanzetti, de Padoue. Une discussion, à laquelle prirent part MM. Guérin, Blot, Chassaignac, Guyon, Larrey, Le Fort, Panas,

Forget, Demarquay, s'engagea sur ce point de pratique chirurgicale. Tous nos collègues furent à peu près unanimes pour combattre la manière de voir du chirurgien de Lariboisière. M. Verneuil a été sensible à ces critiques; un nouvel exemple de plaie pénétrante s'étant présenté à son observation, il a voulu faire de la chirurgie expectante, malheureusement, il a perdu son malade. Vous le voyez messieurs, cette question des résections dans les cas de traumatismes récents mérite de fixer toute votre attention, et nous ne saurions trop vous engager à faire connaître à cette tribune tous les faits capables d'infirmer ou de faire prévaloir l'opinion de notre collègue.

Dans cette même année, nous ont été communiquées deux observations de *fractures de la rotule avec plaie pénétrante du genou*, qui ont été suivies de guérison. Dans les deux cas, les malades ont dû leur salut à l'usage des larges débridements, des lavages répétés, etc. L'une de ces observations a été recueillie par M. Duplay, l'autre par un chirurgien militaire, M. Baizeau. Sur ce dernier fait, vous avez entendu un rapport de M. Dolbeau. Ce chirurgien n'a pu qu'approuver l'usage du drainage, si heureusement mis à contribution par M. Baizeau.

Nous devons à M. Letenneur la connaissance d'un fait bien exceptionnel. Il s'agit d'un cas de *fracture du pubis par contraction musculaire*. Les détails qui accompagnent l'observation ne peuvent laisser aucun doute sur le mode de production de la fracture.

A plusieurs reprises, et l'année dernière encore, la question de l'opportunité de l'*application du trépan dans le cas de lésions traumatiques de l'encéphale* a donné lieu à d'importantes discussions. M. Tillaux vous a fait part d'un fait clinique, qui a une grande valeur relativement à cette question. Un jeune homme tomba sur le sol, d'une hauteur environ d'un troisième étage. Il fut apporté à l'hôpital dans un état voisin de la résolution. Sur le crâne, vers le sommet de la tête, à 2 centimètres de la ligne médiane, existait une plaie contuse peu étendue, au fond de laquelle on sentait les os à nu, à l'aide du stylet.

Le malade mourut; la lésion capitale que l'on rencontra était due à la présence d'un caillot sanguin situé sur les côtés du cerveau, au niveau de la fosse temporale, entre la dure-mère et la boîte crânienne.

La mort paraît bien avoir été déterminée par la formation brusque de ce caillot; or, comme l'a très-judicieusement fait remarquer notre collègue, ce caillot eût pu se former plus lentement, et le malade eût pu vivre avec une hémiplégie gauche. Dans cette hypothèse, le chirurgien pouvait songer à intervenir à l'aide du trépan; alors, il eût été

indiqué d'appliquer celui-ci dans le point du crâne où était la plaie extérieure, où le choc avait dû porter ; cependant l'agent compresseur, le caillot, s'en trouvait à une telle distance, que l'opération eût été nécessairement inutile.

Chez un autre malade, il existait une fracture du crâne avec un fragment légèrement déprimé et une plaie aux téguments. Quelle plus belle occasion pour pratiquer la trépanation? Cependant le malade meurt d'infection purulente, et à l'autopsie on découvre que l'hémiplégie, qui existait chez lui, était due, non pas à la dépression des fragments ni aux éclats de la lame vitrée, mais bien à la présence d'un caillot qui, par sa situation, son volume, son étendue, ses adhérences, était inaccessible à la trépanation.

Quelques jours plus tard, M. Panas vous communiquait un fait très-important au point de vue qui nous occupe en ce moment, et vous faisait part d'expériences tentées sur les animaux et destinées à contrôler les résultats expérimentaux annoncés autrefois par Malgaigne. M. Panas a conclu de ses recherches que l'injection pratiquée entre la dure-mère et les os, déterminait plus rapidement des accidents et la mort, que celle faite dans la cavité arachnoïdienne.

La présentation par M. Demarquay d'un enfant affecté de *bec-de-lièvre double compliqué*, nous a valu la lecture d'un travail de M. Broca : *Sur l'application de la suture osseuse au traitement du bec-de-lièvre double compliqué de saillie de l'os intermaxillaire*; le travail de M. Broca s'appuie sur deux observations qui sont personnelles à l'auteur.

M. Broca a voulu prouver que la méthode qui consiste à conserver le tubercule osseux, dans le cas de bec-de-lièvre double, compliqué de la saillie de ce tubercule, a été trop facilement abandonnée par les chirurgiens; sans prétendre que la conservation de ce tubercule soit toujours possible, il pense avoir démontré qu'il y a des cas où elle peut réussir d'une manière complète, à la faveur de l'avivement du tissu osseux et de l'emploi de la suture osseuse.

Plusieurs communications relatives aux maladies des yeux nous ont été faites par des médecins étrangers à la Société. Ainsi M. Meyer, nous a présenté un malade sur lequel il a obtenu la guérison d'un *staphylôme pellucide de la cornée* après avoir mis en usage le procédé de son maître, M. de Graëfe, procédé destiné à déterminer un aplatissement de la cornée à la suite de la production artificielle d'un petit abcès dans l'épaisseur de cette membrane.

Nous avons inséré dans nos bulletins une observation très-com-

plète de *double luxation du cristallin* recueillie par M. Chennevier, professeur à l'École de médecine de Besançon. Notre confrère pense que l'on doit admettre deux espèces distinctes de luxation du cristallin : 1° la luxation de l'appareil cristallinien tout entier; 2° la luxation du cristallin, la capsule conservant ses rapports normaux. M. Dolbeau, chargé de faire un rapport sur le travail de M. Chennevier, a cru devoir faire des réserves relativement à cette interprétation des faits, il a émis l'opinion que la manière de voir de notre confrère demandait une démonstration plus rigoureuse.

Un de nos membres associés les plus éminents, le professeur de Graëfe, de Berlin, a fait passer sous nos yeux une série de dessins représentant des lésions rares de l'appareil oculaire; ainsi, un cas d'irrégularité congéniale du cristallin; un kyste séreux de la chambre antérieure; un polype mélaneux de l'œil, etc., etc.

Enfin, il y a quelques jours à peine, M. Panas nous a montré un exemple irrécusable d'ossification de l'iris.

Plusieurs communications importantes et relatives aux maladies des femmes, nous ont été faites dans le cours de cette année.

M. Depaul nous a donné la relation détaillée d'un fait de *déchirure centrale du périnée chez une primipare.* Cette lésion, en apparence si grave, guérit généralement par les seuls efforts de la nature. Dans le cas dont il s'agit, M. Depaul avait annoncé que des soins de propreté suffiraient pour amener une guérison complète; l'événement a justifié ce pronostic favorable. Un magnifique dessin annexé à nos bulletins rend plus saisissante cette lésion assez rare.

Comme cela arrive souvent lorsque l'attention est appelée sur un fait exceptionnel par une communication à la Société de chirurgie, des cas analogues nous ont été adressés par plusieurs confrères. M. Auger (de Pithiviers), et M. Stolz, l'éminent accoucheur de Strasbourg, auquel vous venez de conférer le titre de membre correspondant, nous ont envoyé deux belles observations de cette lésion, assez rare pour avoir pu être niée par certains accoucheurs ayant cependant une longue pratique.

M. Depaul, au nom de M. le docteur Faliu, nous a communiqué une observation de *corps fibreux de la matrice expulsé après le travail de l'accouchement.* M. Depaul s'était demandé s'il ne s'agissait pas là d'un cas de monstruosité fœtale, si l'on n'avait pas affaire à l'un de ces monstres que l'on a décrits sous le nom d'*anidiens.* L'examen microscopique fait par M. Robin n'a pas laissé subsister de doute relativement à la nature fibreuse de la tumeur.

Quelques jours après, à l'occasion de cette présentation, M. Forget nous lisait une note étendue intitulée : *Des corps fibreux et des polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et après l'accouchement.* Dans ce travail sont passés en revue plusieurs points intéressants de l'histoire des tumeurs fibreuses de l'utérus et sont discutées avec soin les indications chirurgicales qui peuvent se présenter à la suite de l'accouchement lorsqu'il existe un corps fibreux ou un polype accessible à l'action instrumentale.

M. Guéniot a exposé longuement devant vous un fait *d'accouchement heureux par les voies naturelles dans un cas d'obstruction presque complète du petit bassin par un corps fibreux.* M. Guéniot terminait son intéressante communication par l'analyse d'un grand nombre d'observations appartenant à divers auteurs, et concluait que la *réalité* des modifications imprimées à certains fibrômes par la gestation, quoique très-vraisemblable, manquait cependant encore d'une rigoureuse démonstration.

Enfin, M. Depaul nous a soumis une observation qui présentait la plus grande analogie avec la précédente et dans laquelle la terminaison ne fut pas moins heureuse. Notre collègue a en outre combattu l'assertion de M. Guéniot tendant à nier l'augmentation des corps fibreux et leurs modifications de consistance pendant la grossesse, il a rappelé, à ce sujet, les observations lues devant nous par MM. Guyon et Bailly.

M. Depaul termina son intéressante communication par une longue serie de conclusions qu'il serait impossible de reproduire ici; la dernière était ainsi formulée : Certains fibrômes utérins péritonéaux constituent une des plus graves complications de la grossesse et soulèvent les questions les plus embarrassantes de l'obstétrique. La science est loin d'être faite sur ce point important, qui est digne de toutes les méditations des chirurgiens.

Je ne saurais passer sous silence le fait remarquable que nous a fait connaître dernièrement M. Dumesnil, de Rouen, d'une tumeur fibreuse dont l'élimination spontanée et partielle a eu lieu à travers la paroi abdominale.

Vous avez tous présente à l'esprit la pièce si curieuse *d'hypertrophie générale de l'utérus* que M. Tillaux nous montrait il y a quelques semaines. A la suite de cette présentation, s'est élevée dans le sein de la Société une discussion qui a mis en lumière des faits assez peu connus jusqu'à ce jour de variations plus ou moins périodiques dans le volume de l'utérus. Dans ce cas le poids de la matrice était de deux kilogrammes, et son volume représentait à peu près celui d'une tête de jeune garçon de huit à dix ans.

Le diagnostic *des calculs urinaires*, parfois si difficile, peut, dans quelques circonstances, devenir tout à fait impossible malgré l'exploration le plus minutieuse et la plus méthodique. Notre collègue M. Marjolin a dû méconnaître chez un enfant de deux ans un calcul qui était recouvert par des couches nombreuses et épaisses de fibrine et de mucus coagulé. Bien que certains symptômes eussent éveillé l'attention du chirurgien, la sonde ne donnant d'autre sensation que celle qui résulte d'une colonne charnue plus ou moins saillante, celui-ci dut abandonner l'idée de l'existence d'un calcul.

Quelques jours après, notre collègue a mis sous nos yeux un calcul volumineux qu'un jeune garçon de 14 ans et demi, taillé neuf ans auparavant par M. Deguise fils, avait rendu spontanément par le périnée. A la suite de l'issue de ce calcul a persisté une fistule urinaire qui a mis cinq ou six mois à se fermer.

M. Liégeois nous a présenté un calcul énorme de l'urèthre qui lui avait été remis par M. Bouché, médecin à Spincourt (Lorraine). Ce calcul présentait plusieurs particularités remarquables : il siégeait dans la partie initiale de l'urèthre et y avait séjourné vraisemblablement depuis une quarantaine d'années. Il était divisé en trois fragments irréguliers mais s'adaptant exactement l'un à l'autre; enfin le fragment le plus volumineux, le dernier enlevé, celui qui par conséquent était le plus proche de la vessie, était creusé dans toute son étendue d'un canal complet s'ouvrant aux deux extrémités de ce conduit par deux orifices très-régulièrement configurés, si ce n'est l'orifice postérieur, qui était surmonté d'une saillie conique en forme de luette. A propos de la fragmentation de ce calcul, M. Liégeois s'est livré à une longue et savante discussion relative à la possibilité de la fragmentation spontanée des calculs. Dans le cas actuel, M. Liégeois repousse l'idée de ce mode de fragmentation et admet que les calculs ont été projetés dans l'urèthre à des époques diverses, et que, par suite de frottements répétés, leurs facettes se sont adaptées.

La *pilimiction et le trichiasis des voies urinaires* ont été l'objet d'un travail d'ensemble que Rayer publia en 1850 dans les bulletins de la Société de biologie. Il crut, comme ses prédécesseurs, devoir admettre deux sortes de cas se rattachant les uns à la *pilimiction* proprement dite les autres *au trichiasis* simple ou essentiel des voies urinaires. *Le trichiasis* est constitué par des poils nés sur la muqueuse urinaire, la pilimiction est symptômatique d'un kyste fœtal ouvert dans la vessie. M. Broca vous a fait connaître un cas fort intéressant dans lequel l'examen à l'aide du microscope des parties expulsées a servi à déterminer d'une façon très-nette qu'il s'agissait bien d'un cas de

pilimiction alors qu'il eût été possible d'admettre l'existence d'un simple trichiasis; nous devons reconnaître avec notre collègue que s'il n'y a aucune raison pour nier *à priori* la possibilité d'une production de poils par la muqueuse urinaire, en fait les preuves de cette possibilité font complétement défaut jusqu'à ce jour.

MM. Liégeois et Boinet ont lu devant vous deux observations *d'ovariotomies* terminées par la guérison. Ce dernier nous a exposé avec détails plusieurs modifications heureuses qu'il a fait subir à quelques temps de cette opération et vous a communiqué sa statistique personnelle. Les résultats que notre confrère a obtenus sont dignes de fixer votre attention et d'encourager les chirurgiens à entrer dans une voie utile et trop délaissée jusqu'à ce jour dans notre pays.

M. Guyon nous a présenté un malade à qui il a pratiqué *une amputation sus-malléolaire* par un procéde nouveau.

Ce procédé a essentiellement pour but de supprimer complétement le lambeau antérieur dont M. Guyon a eu l'occasion de constater la défectuosité, de prendre à la partie postérieure du membre le plus possible de parties molles, enfin de rester dans les limites de l'opération sus-malléolaire. Le lambeau postérieur, taillé d'après le procédé de M. Guyon, contient dans son épaisseur tout le tendon d'Achille, dont la gaîne n'est pas ouverte, et les tendons des muscles de la région postérieure, dont les gaînes sont intactes jusqu'au point de la section inférieure; l'artère tibiale y est également comprise dans sa gaîne. Ce procédé, mis une fois en pratique avec succès par notre collègue, mérite, messieurs, de fixer sérieusement notre attention.

Je termine en signalant les *instruments* que nous a montrés M. Duplay, et qui sont destinés à régulariser les opérations exécutées dans l'*intérieur des fosses nasales*. Notre confrère a fait construire un spéculum qui permet de bien éclairer l'intérieur de ces cavités, et des pinces à polypes qui ont quelques avantages évidents sur les instruments analogues que nous avions jusqu'à ce jour à notre disposition.

Vous le voyez, messieurs, j'avais raison de vous le dire, l'activité n'a pas été bannie de nos séances. Anciens et nouveaux, les membres de notre Société ont montré qu'ils avaient une grande ardeur pour la science; nous devons plus particulièrement des remercîments à ceux de nos anciens qui veulent bien ne pas déserter nos réunions et nous faire profiter de leur expérience déjà longue.

Permettez-moi, en terminant, de vous remercier de la grande bienveillance que vous m'avez tous montrée et qui a rendu ma tâche si facile.

ALLOCUTION DE M. LE PRÉSIDENT LEGOUEST.

MESSIEURS,

J'ai le devoir de vous faire le compte rendu moral et administratif des actes de la Société de chirurgie pour l'année 1868.

Si la prospérité des Sociétés savantes se mesurait à la prospérité de leurs finances, la Société de chirurgie n'aurait que des félicitations à s'adresser. En effet, elle ferme l'exercice budgétaire de l'année qui vient de s'écouler sur un excédant de recette de 2,000 francs. C'est aux modifications introduites dans nos statuts, c'est aux soins apportés par notre trésorier à leur exécution que nous devons cette petite fortune à l'emploi de laquelle le nouveau bureau devra aviser. Je crois être l'interprète bien inspiré de la Société tout entière en priant M. Houël de vouloir bien accepter nos remercîments du zèle et du dévouement avec lesquels il a rempli, pendant quatorze ans, la tâche délicate de trésorier. Il mettra, nous l'espérons, les conseils de son expérience au service de son successeur, et tiendra ainsi à bien mériter encore de la Société de chirurgie.

Pour la première fois, messieurs, votre président ne vous annoncera pas, dans cette réunion, la publication de vos travaux. Ni nos mémoires, ni notre bulletin n'ont paru. Le Comité de publication, pas plus que vos secrétaires ne sont responsables de cette lacune, due à la grève des ouvriers imprimeurs.

Pour la première fois aussi, le rapport sur les thèses envoyées au concours du prix Duval ne vous sera pas présenté : une indisposition n'a pas permis au rapporteur de la commission d'achever son travail en temps utile et nous prive d'une des plus douces satisfactions de cette journée, celle de récompenser le mérite. Dans quelques jours, je l'espère, cette omission sera reparée.

Un mouvement notable a eu lieu dans le personnel de la Société pendant le cours de l'année dernière : nous avons eu le regret de perdre un de nos membres honoraires, M. le professeur Jarjavay, inopinément enlevé à la science, à la pratique et à ses amis; et quatre membres correspondants nationaux, MM. Clot-Bey, Ange Duval, Loir et Thore; deux membres titulaires, MM. Cullerier et Voillemier ont de-

mandé et obtenu l'honorariat; enfin, une jeune phalange que je salue, MM. Guéniot, Sée, Cruveilbier, Duplay et Paulet, a pris place parm nous et a déjà payé à la Société un large tribut scientifique.

J'ai la satisfaction de vous annoncer que le catalogue de notre bibliothèque, sous l'active impulsion de notre bibliothécaire-archiviste, touche à son terme, et que l'acte de la donation faite à la Société par la veuve de notre regretté collègue Laborie est à la veille de nous revenir du Conseil d'État. Dès aujourd'hui, nous pouvons donc mettre au concours pour la séance annuelle de 1870 le prix Édouard Laborie, dont la valeur est de 1,200 francs.

Vous savez, messieurs, que la volonté de la donatrice est que le prix Édouard Laborie soit donné annuellement au meilleur mémoire de chirurgie présenté à la Société dans l'année courante, mais que néanmoins, tous les six ans, le sujet du mémoire serait donné par la Société et choisi parmi ceux dont le docteur Laborie s'est particulièrement occupé.

Le bureau a pensé que pour rendre hommage à la mémoire de notre collègue autant qu'à la générosité de sa veuve, il convenait d'appliquer cette clause au premier concours du prix Édouard Laborie et il propose la question suivante : Déterminer par des recherches cliniques la valeur de l'amputation sus-malléolaire aux divers points de vue : 1° de la mortalité consécutive à cette opération; 2° des procédés opératoires; 3° de l'utilité des moignons dans la marche; 4° des moyens prothétiques que comportent ces derniers.

A la veille de quitter le fauteuil que j'occupe depuis deux ans, le bureau auquel j'appartiens depuis près de sept ans, je remercie la Société de la bienveillance qu'elle m'a temoignée; je ne crois pas pouvoir lui donner un meilleur gage de ma reconnaissance qu'en m'associant plus intimement encore à ses travaux.

FIN.

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

L

M

N

O

P

R

S

T

U

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS

PARIS. — IMPRIMERIE L. POUPART-DAVYL, RUE DU BAC, 30.